

# ANAIIS PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA

Revista médica editada mensalmente pelo

**SANATÓRIO SÃO LUCAS**

Instituto para o tratamento da Cirurgia

*Diretor: DR. EDUARDO DE ALCO RIBEIRO*

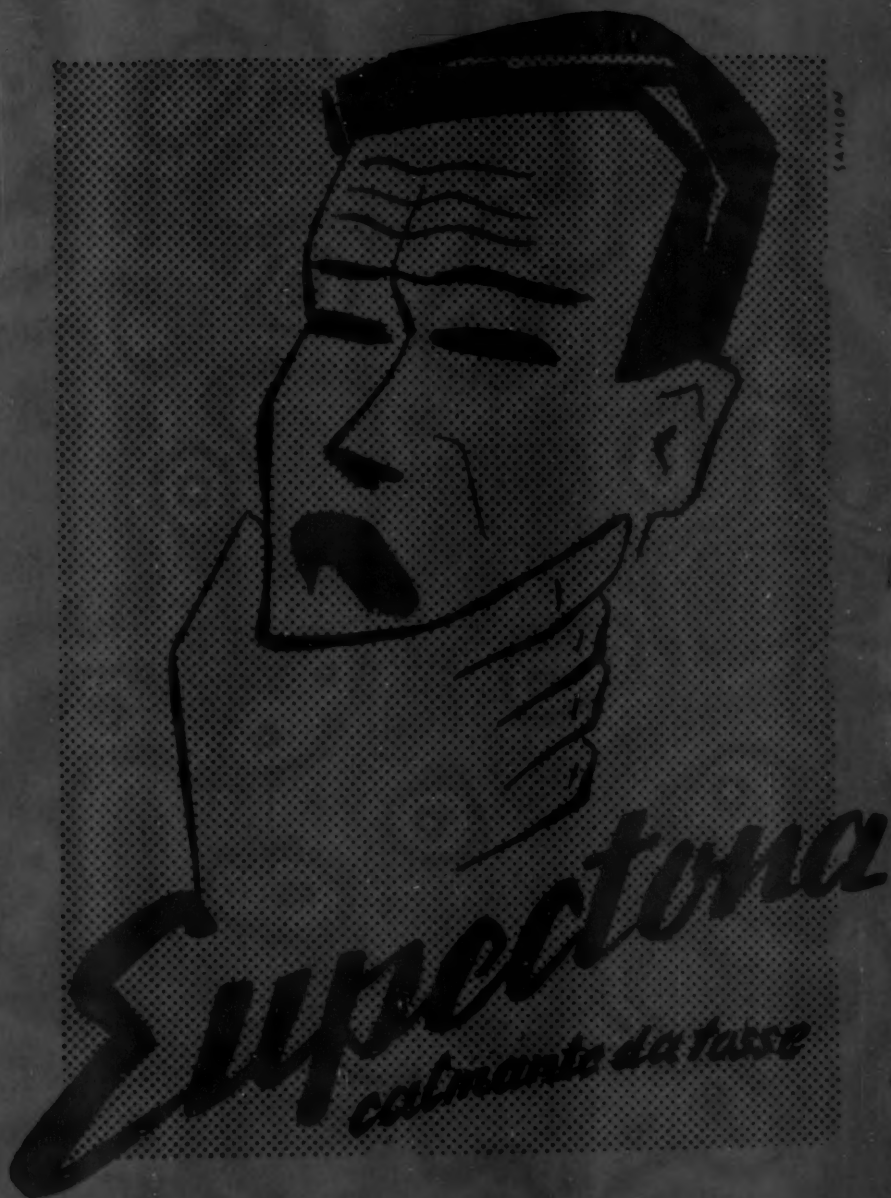
VOL. LXXII

São Paulo, Outubro de 1956

N.º 4

## Sumário:

	Pág.
Contribuição ao tratamento do cisto duodenal nas ressecções gástricas — Dr. EDGARD FERRAZ NAVARRO .....	219
Produção Médica de São Paulo:	
Associação Paulista de Medicina:	
Medicina .....	241
Medicina do Trabalho .....	242
Ortopedia e Traumatologia .....	244
Otorrinolaringologia .....	246
Pediatria .....	246
Proctologia .....	246
Fisiologia e Moléstias Pulmonares .....	248
Urologia .....	250
Sociedade Médica São Lucas .....	252
Imprensa Médica de São Paulo:	
Sumário dos últimos números .....	256
Vida Médica de São Paulo:	
Homenagem .....	258
Congressos Médicos:	
IX Congresso Nacional de Tuberculose e IV Congresso Brasileiro de Doenças Torácicas .....	272



LABORATÓRIO TORRES S. A.

# VIKASALIL

B<sub>1</sub>

EM DRAGEAS ENTÉRICAS



Anti-Reumático – Analgésico



Associação de Salicilato de Sódio  
com Piramido



EFEITO MAIS RÁPIDO.  
QUALQUER TIPO DE DOR.



*Fórmula:*

Salicilato de Sódio .....	0,50
Piramido .....	0,10
Vitamina K .....	0,001
Vitamina B <sub>1</sub> .....	0,006
Bicarbonato de Sódio .....	0,03



LABORATÓRIO PHARMA

*Marcello, Massara & Cia.*

Rua Tabatinguera, 164 – Fone, 33-7579 – São Paulo

## **Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia**

### **TABELA DE PREÇOS DE ANÚNCIOS**

	Cr\$
Capa externa (12x19 cm) por vez.....	3.500,00
Capa interna (12x19 cm) por vez.....	3.000,00
1 página (12x19 cm) por vez.....	2.400,00
1½ página ( 9x12 cm) por vez.....	1.300,00
1¼ página ( 9x5,5 cm) por vez.....	800,00
Encarte por vez .....	2.000,00

**ESTERILIZAÇÃO DO TRACTUS  
INTESTINAL PELO DERIVADO  
FTÁLICO DA SULFA**

## **ANASEPTIL = FTALIL**

*(Ftalil-Sulfatiazol com Vitamina K e B<sub>1</sub>)*

**Absorção praticamente nula, alcançando grande  
concentração no conteúdo intestinal**

**DISENTERIAS**

**COLIBACILOSES**

**ENTEROCOLITES**

**COMPANHIA FARMACÊUTICA BRASILEIRA  
VICENTE AMATO SOBRINHO S/A.**

**Praça da Liberdade, 91**

**São Paulo**

## **DR. SYLVIO COSTA BOOCK**

**LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS**

**RUA BRAÚLIO GOMES, 25 - 4.º Andar — TELEFONES 4-7744 e 8-5445**



No tratamento da

Coqueluche, traqueo bronquite  
e tosse em geral

# Pantofedrina

Novo específico à base de folhas e cascas de

**ERITHRINA CHRISTA-GALI**

(COM GLUCOSE)

# Pantofedrina

no tratamento da coqueluche  
preparado no

**LABORATÓRIO PHARMA**

introdutor da

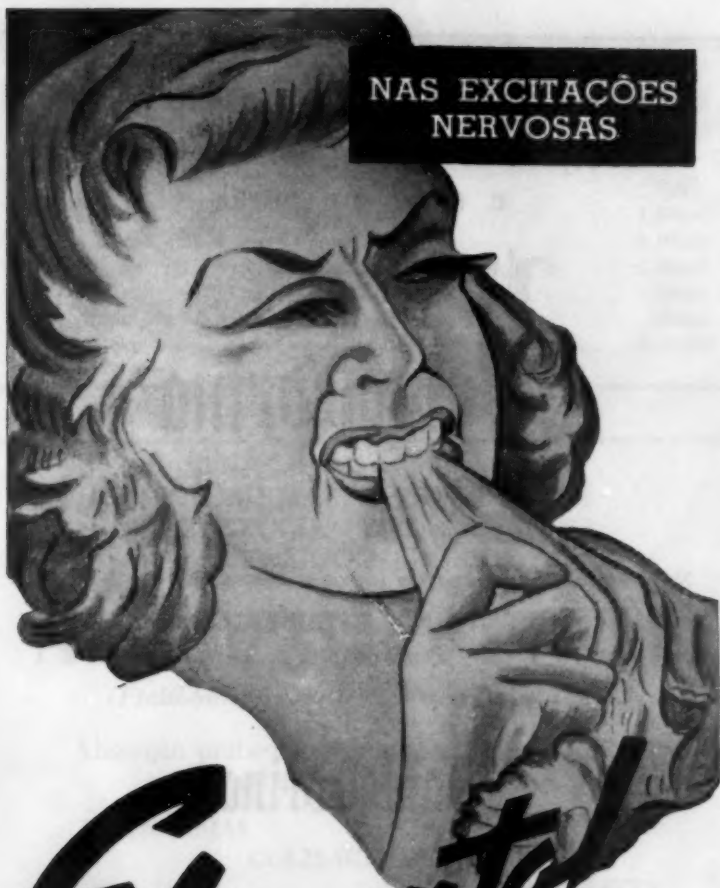
**Erithrina Crista-Gali**

amostras e literatura

**LABORATÓRIO PHARMA**

Rua Tabatinguera, 104 — Telefone 33-7579 — São Paulo, Brasil

NAS EXCITAÇÕES  
NERVOSAS



# Elegantal



**NEURO-SEDATIVO - ANTI-ESPASMÓDICO - ANTI-CONVULSIVANTE**  
Na hiper-excitabilidade reflexa — Córdio Sedativo — Na Epilepsia (No Eretismo  
Córdio Vascular, Taquicardia Paroxística, Extra-sístoles funcionais, etc)

A base do CÉLEBRE LEPTOLOBIIUM ELEGANS — CRATAEGUS  
OXIACANTA-BROMURETOS DE AMÔNIO, SÓDIO, POTÁSSIO, etc.

**MODO DE USAR:** { Adultos: 1 colher 15 cc 3 vezes ao dia  
em água açucarada. — Crianças: a metade.

**MEDICAMENTOS ALOPATICOS NACIONAIS S/A.**  
**PRODUTOS FARMACEUTICOS**

Rua Ruy Barbosa, 365 a 377 — Fones: 33-3426 - 36-8075 — S. PAULO

# PRONTOVERMIL

o melhor vermífugo contra  
Ascaris e Oxyurus

No tratamento das verminoses causadas por  
*Ascaris lumbricoides*, *Oxyurus vermicularis*  
e outras espécies da família dos *oxiurideos*.

★

## APRESENTAÇÃO :

Vidros com 60 cm<sup>3</sup> para pacientes até 30 quilos.

Vidros com 150 cm<sup>3</sup> para pacientes de peso  
superior a 30 quilos.

★

As doses diárias do Prontovermil estão em relação ao peso corporal  
conforme tabela mencionada na bula.

★

LABORATÓRIO PAULISTA DE BIOLOGIA S/A.  
Rua São Luiz, 161 - São Paulo, Brasil



## NOVIDADE NA TERAPÊUTICA DA DOR

### D O L C S O N A

Sinergia medicamentosa de duas potentes substâncias de ação analgésica e antiespasmódica:  
*metadona e papaverina*

- \* Alivia a dor sem provocar narcotismo
- \* Poder analgésico 3 vezes maior que o da morfina e sem os seus inconvenientes
- \* Ação terapêutica constante e uniforme quer pela profundidade quer pela duração da analgesia
- \* Não afeta o coração nem a pressão arterial
- \* Menor depressão respiratória que os opiáceos
- \* É particularmente ativa nas dores provocadas, mantidas ou exaltadas por espasmos da musculatura lisa.

Ampolas - de 1cm<sup>3</sup>, em caixas com 5, 25 e 100

Comprimidos - tubos com 20

MEDICAMENTO ENTORPECENTE

Venda sob Prescrição Médica



# DOLCSONA

# Vitaminas

PINHEIROS

ALTA CONCENTRAÇÃO  
MELHOR ABSORÇÃO  
PERFEITA ESTABILIDADE  
SABOR DELICIOSO

## Pellets

A-VI-PEL  
D-VI-PEL  
A-D-VI-PEL  
POLI-VI-PEL  
VITSALMIN

## Emulsões

A-D-BOM  
EMULVIT



TRIUNFANDO através dos tempos e de  
 geração em geração, como a linhagem  
 dos animais puro-sangue, CODEINA e  
 CLORIDRATO de ETILMORFINA lideram  
 tradicionalmente a terapêutica das TOSSES

# GOTAS IBEL

(CODEINA-CLOR. DE ETILMORFINA)



## Fórmula:

Cloridrato de Etilmorfina .....	0,003 g.
Codeína .....	0,004 g.
Tintura de Lobelia .....	0,1 g.
Tintura de Grindelia .....	0,1 g.
Tintura de Crataegus .....	0,1 g.
Água de Louro Cereja .....	0,2 g.

## Modo de usar:

### Adultos:

40 gotas em um cálice de água açucarada, 4 a 5 vezes ao dia, ou segundo critério médico.

### Crianças:

20 gotas a critério do médico

Receituário Livre

**MEDICAMENTOS ALOPATICOS NACIONAIS S/A.**

R. Ruy Barbosa, 377 - Fones 36-8075-33-3426 - C. Postal 1874 - S. PAULO



*Satisfazendo todos os requisitos  
da moderna vitaminoterapia...*

# Suplenta

SUPLEMENTO VITAMINICO MINERAL-ANTIANÊMICO "Sanitas"

## Administra:

TODAS AS VITAMINAS UTILIZAVEIS PELA VIA ORAL

A - D<sub>2</sub> - E - K

B<sub>1</sub> - B<sub>2</sub> - B<sub>6</sub> - PP - PANT. de CALCIO - H<sub>1</sub> e C

TODOS OS MINERAIS NECESSARIOS

FLUOR - CALCIO - FÓSFORO

FERRO e seus catalizadores - COBRE - MANGANÊS - MAGNÉSIO

IODO - ENXOFRE - SÓDIO - POTÁSSIO

LEVEDO — rico em vitaminas do grupo B naturais e substâncias catalíticas e coenzimas indispensáveis à utilização das vitaminas do complexo B sintéticas.

COLINA — lipotrópica — doadora de grupos metílicos para a biossíntese de metionina, que, juntamente com a vitamina E, impede a infiltração gordurosa ou necrose do fígado, alterações que perturbam a fosforilação das vitaminas do grupo B, única forma em que são utilizadas pelo organismo.

VITAMINAS C e K — anti-hemorrágicas — por aumento da resistência capilar e normalização das taxas de protrombina, transtornos frequentes nos hepáticos.

SUPLENTA, em drágeas ou em pó, é apresentado em duas formas:

A para o almoço e B para o jantar, a fim de evitar incompatibilidade química e biológica entre os grupos de vitaminas A — D — E e COMPLEXO B e vitamina C.

## MODO DE USAR:

ADULTOS — 3 drágeas ou 1½ colher de café do pó às refeições.

CRIANÇAS — 2 drágeas ou 1 colher de café do pó às refeições.

SUPLENTA PÓ pode ser misturado no leite ou suco de frutas.

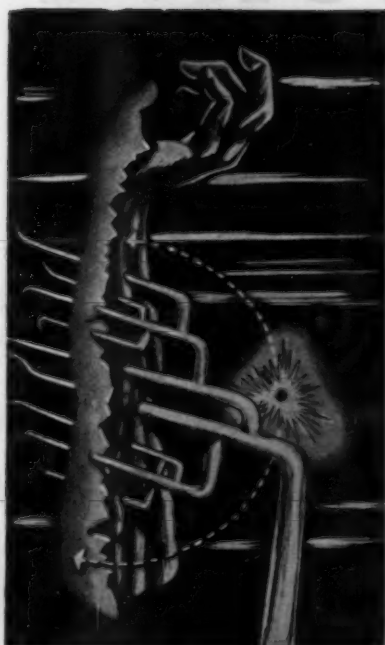
LABORATÓRIO *Sanitas* DO BRASIL S.A

RUA DONA JULIA, 132 — CAIXA POSTAL, 1229

TELEGR.: "SYMBIOSINA" — SÃO PAULO — BRASIL



# sedorga Labor



COMBINAÇÃO DOS MAIS  
ATIVOS ELEMENTOS

- Metil melubrina
- Novatropina
- Papaverina
- Cloridrato de difenil  
acetil dietilamino etanol

Contra: Dores nevralgicas  
Espasmos da musculatura lisa

## sedorga Labor

GOTAS — INJETÁVEL

Antiespasmódico — Analgésico



LABORTERAPICA S. A.

(Uma instituição apoiada na confiança do médico)

SANTO AMARO (SÃO PAULO)

# ANAIIS PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA

**Diretor: DR. EURICO BRANCO RIBEIRO**

Rua Pirapitingui, 114 — Fone, 37-2515 — Caixa Postal, 1574 — São Paulo, Brasil

Assinatura por 1 ano . . . . Cr \$ 200.00 — Número avulso . . . Cr \$ 20,00

**VOL. LXXII**

**OUTUBRO DE 1956**

**N.º 4**

## Contribuição ao tratamento do côto duodenal nas ressecções gástricas

**DR. EDGARD FERRAZ NAVARRO**

*(Chefe de Clínica Cirúrgica da Santa Casa de Santos)*

### I — INTRODUÇÃO

O tratamento do côto duodenal nas ressecções gástricas, é um dos maiores problemas que o cirurgião tem que enfrentar, neste tipo de operação.

Numerosas técnicas têm sido descritas abordando esse assunto. Umas de execução complicada e difícil, outras não apresentando a garantia para o paciente nem segurança ao cirurgião, e outras ainda, com técnica mais difícil do que a que vamos apresentar, entretanto, é justo salientar, apresentam garantia semelhante à nossa.

Revendo a literatura sobre o assunto, encontramos diversas referências de fístulas duodenais, após ressecções gástricas. Os autores fazem distinções da gravidade deste acidente, e de suas consequências quase sempre fatais. De acordo com as observações a incidência do côto duodenal, é geralmente mortal, quando precoce e ampla.

Desde o nosso início na clínica, temos dedicado carinho todo especial a esta particularidade de detalhe de técnica na cirurgia das ressecções gástricas.

Além do nosso serviço temos observado a técnica usada por outros cirurgiões de nossa cidade, e acompanhado os seus resultados. Também nos outros centros cirúrgicos do país e do exterior, sempre tem merecido a nossa atenção, as técnicas utilizadas e os seus resultados.

Na clínica que freqüentamos (Primeira Clínica Cirúrgica de Homens da Santa Casa), temos lançado mão de diversas técnicas em mais de três lustros de trabalho diário e contínuo, como assistente efetivo e chefe de clínica.

Últimamente decidimos por uma outra técnica, de fácil manuseio, de perfeita e completa garantia para o paciente, que será o motivo desta nossa comunicação.

O assunto é ainda muito controvertido. Se de um lado encontramos eminentes cirurgiões indicando uma determinada técnica, de outro lado, deparamos também não menos eminentes mestres, preconizando outra orientação. Aceitamos e respeitamos tôdas elas, levando em consideração as suas fontes, merecedoras de nossa absoluta confiança, e em vista dos resultados apresentados.

Entretanto, como em Medicina, geralmente fatura é sinal de carência, ousamos apresentar êste nosso trabalho, que será mais um no rol das técnicas, certos de que ainda não resolvemos completamente êste problema.

De acôrdo com Eurico Branco Ribeiro, existem alguns princípios que devem ser respeitados no fechamento do côto duodenal.

Os principais são:

- 1) excluir a sutura da ação dos sucos digestivos;
- 2) evitar o emprêgo de tecidos mortificados por um manuseio intempestivo;
- 3) evitar o emprêgo de tecidos friáveis por um estado de inflamação aguda;
- 4) impedir a interposição de tecido mucoso;
- 5) recobrir o côto com mesos ou epiplons;
- 6) impedir a distensão intra-duodenal.

"Todos êstes cuidados devem ser tomados a fim de que o ponto mais delicado de tôda a técnica da resecção gástrica (Biancalana) seja executado com segurança, evitando, assim, a maior causa da mortalidade nesse tipo de cirurgia, que é, no conceito de Moynihan e de Perelman, a deiscência da sutura do côto duodenal uma das mais freqüentes causas de morte depois de gastrectomia segundo Nissen".

"A êsses cuidados se deve acrescentar a preocupação predominante em tôda a cirurgia abdominal de se conseguir, na sutura final, o afrontamento de superfícies recobertas serosa peritonal, dado que elas por suas características biológicas, são mais aptas para a formação de uma boa cicatriz (Diego Zavattari)".

A técnica que usamos para o tratamento do côto duodenal, e que é a razão dêste trabalho, reúne de um modo geral todos êsses princípios enumerados por Branco Ribeiro, aliando-se ainda a uma fácil execução e garantia absoluta.

Indicamos para todos os casos de ressecções gástricas onde foram encontradas alterações da parede posterior do duodeno, penetrações para o lado do pâncreas ou do ligamento hépatoduodenal.

Não há necessidade de se desfazer tôdas as conexões que possam existir em volta do duodeno, para execução desta técnica, nem uma dissecação muito avançada. Basta somente uma pequena liberação do duodeno, o suficiente para que seja colocada a pinça-clampe indicada para este processo.

Para maior ordem desta nossa exposição, seguimos em linhas gerais a orientação do Prof. Renato Locchi no que diz respeito ao desenvolvimento da apresentação do trabalho médico-científico.

## 2 — ANATOMIA DO DUODENO

O duodeno, porção parcialmente fixa do intestino delgado, está em relação com a parede posterior do abdome. Ele se mantém nessa posição de fixação pelos seguintes elementos: peritônio; conduto colédoco e pelos condutos excretores do pâncreas, que se abrem em sua porção descendente; por vasos e nervos; e, finalmente pelo músculo de Treitz.

Inicia-se logo após o anel pilórico do estômago (segunda vértebra lombar), descreve um círculo quase fechado e termina no jejuno. Seu comprimento é de 25 cm. mais ou menos, e divide-se em quatro porções.

Iremos descrever a primeira porção, também chamada porção hepática, pois é somente a que nos interessa neste trabalho, cujo comprimento é de 5 cm.

**Direção e vascularização.** — A primeira porção dirige-se para cima, para trás, e para a direita, recebendo irrigação por uma cadeia de vasos anastomosados entre si, cujo sangue é recebido das seguintes artérias: pancreático-duodenal súpero posterior; gastro-epiplóica direita e pilórica.

**Relações.** — Para a frente com a face inferior do fígado e o colo da vesícula: para trás a veia porta e o conduto colédoco, artéria gastro-epiplóica direita: para cima com o epíplon, gastro-hepático; para baixo o bordo superior da cabeça do pâncreas e o grande epíplon.

O duodeno, depois de 25 a 30 mm., depende para sua irrigação dos ramos arteriais que, em disposição quase reta, se origina das arcadas duodeno-pancreáticas. Dêste modo a face duodenal acolada ao pâncreas passa a ser o hilo dêsse seguimento, pois, é por ela, e somente através dela, que as tûnicas do duodeno recebem irrigação.

Por êsses dados, pode-se ter conhecimento exato da sua irrigação e, da necessidade imperiosa de não desfazê-la, durante o ato cirúrgico.

Para isso devemos descolar a menor extensão possível da parede posterior, mas que, permita um bom fechamento do côto duodenal, excluída se possível, a cratera da úlcera.

A irrigação desta porção do duodeno, de fundamental importância para a questão, foi baseada integralmente nas recentes pesquisas feitas por Piragibe Nogueira e Luís Barker, realizadas no Departamento de Anatomia Patológica da Faculdade de Medicina de São Paulo, e, representa o resultado de um estudo cuidadoso praticado em 22 peças dissecadas, das quais 17 foram perfeitamente aproveitadas.

Iremos fazer uma descrição integral do trabalho de Piragibe e Barker.

### 3 — REVISÃO DA LITERATURA SOBRE AS ARTÉRIAS PANCREÁTICO-DUODENAIIS

"Testut descreve a dupla arcada onde têm origem as artérias do duodeno acentuando inicialmente que duas são as fontes dessas artérias: a artéria gastro-duodenal, ramo da hepática comum, e a artéria mesentérica superior. Diz Testut que a descrição antiga, vinda desde Verneuil, de duas arcadas nascendo por um tronco comum e dispostas simetricamente, uma na frente e outra atrás do pâncreas, foi provado como inexata por Wiart e Rio Branco. Descreve o pedículo superior formado pela artéria pancreático-duodenal súpero-anterior, que é a continuação da gastro-duodenal e pela artéria pancreático-duodenal súpero-posterior, mas freqüentemente formado por um só tronco que nasce do flanco direito da artéria mesentérica superior, acima da origem da primeira artéria jejunal, artéria essa que também contribuiu para a irrigação da terceira e da quarta porção do duodeno. Testut chama a atenção para o fato do pedículo superior irrigar mais o duodeno que o pâncreas, como já o notara Villemain. Resumindo, diz que há duas arcadas, das quais uma se distribui especialmente ao plano duodeno-pancreático-anterior e outra ao posterior, e que se anastomosam mais ou menos na altura da ampôla de Vater; acrescenta que as oturas artérias acessórias completam este dispositivo em particular os ramos duodenais superiores e o primeiro ramo jejunal.

Chiarugi descreve duas arcadas aplicadas à superfície da cabeça do pâncreas: uma dorsal mais alta, outra ventral em uma parte do percurso e dorsal no restante. As arcadas se formam por anastomoses entre os ramos de divisão das artérias pancreático-duodenais superiores e inferiores.

Rouvière descreve os dois pedículos e suas fontes de origem, acentuando que a artéria pancreático-duodenal esquerda se divide, próximo à sua origem, em dois ramos que se anastomosam sobre a face posterior do pâncreas com os ramos do pedículo superior. Chama a atenção para o trajeto da artéria pancreático-duodenal direita superior em relação ao ducto colédoco.

Anson e Maddock, referindo que o suprimento arterial do duodeno deriva das artérias pancreático-duodenais, dão a fonte de origem delas e assinalam que correm na junção entre as porções descendentes e transversa do duodeno e a cabeça do pâncreas.

Gray apenas assinala que as artérias que suprem o duodeno são a artéria gástrica direita, a artéria pancreático-duodenal superior, ramos da artéria hepática e a artéria pancreático-duodenal inferior, ramo da mesentérica superior.

Bruni dá a origem da artéria gastro-duodenal e cita seus ramos de divisão e o trajeto deles. Descreve a origem da artéria pancreático-duodenal inferior e seu percurso e refere a anastomose entre os dois territórios arteriais.

Petrén, depois de assinalar que a existência de duas arcadas é quase constante e que elas são uma ventral e outra dorsal em relação ao ducto escretor do pâncreas, assinala o duplo cruzamento da artéria dorsal em relação ao ducto colédoco, lembrando que o cruzamento ventral pode não existir. Acrescenta que cerca de uma dezena de ramos mais ou menos calibrosos, em disposição radiada, partem das arcadas para a face anterior e para a face posterior do duodeno e que destes ramos posteriores alguns cruzam habitualmente a face posterior do ducto colédoco. Termina por esclarecer que os primeiros 25 a 30 mm. do duodeno são irrigados por ramos delicados e especiais, ricamente anastomosados entre si e que se originam das artérias vizinhas (artéria gastro-duodenal e seus ramos).

Rio Branco, descreve que a artéria pancreático-duodenal súpero-posterior tem calibre médio de 1 a 2 mm. e é um ramo colateral da artéria gastro-duodenal: dela partem 5 a 10 ramos longos e finos para a face posterior da segunda porção do duodeno e para a face posterior do pâncreas. A artéria pancreático-duodenal súpero-anterior, ramo terminal da artéria gastro-duodenal, juntamente com a artéria gastro-epiplóica direita, tem calibre um pouco superior e no seu ponto de origem passa à face posterior do pâncreas formando assim, também uma arcada posterior. A origem da artéria pancreático-duodenal, súpero-posterior está 10 a 15 mm. da origem da artéria gastro-duodenal, no ponto em que esta artéria atinge o bordo superior da cabeça do pâncreas: a artéria pancreático-duodenal súpero-anterior origina-se ao nível do bordo superior do istmo e do bordo superior da primeira porção do duodeno. A artéria pancreático-duodenal inferior, quase sempre nasce abaixo do bordo inferior do istmo do pâncreas, por um pequeno tronco comum com a primeira artéria jejunal e depois de curto trajeto bifurca-se num ramo superior aplicado a meia-altura da face posterior da cabeça do pâncreas, e num ramo inferior aplicada ao nível do bordo inferior da cabeça do pâncreas. Cada um desses ramos se inocula com os dois ramos vindos da artéria gastro-duodenal, fazendo-se a anastomose na face posterior da cabeça do pâncreas.



## 4 — DADOS ANATÔMICOS PESSOAIS

“Realizamos a dissecação de 22 peças, das quais foram aproveitadas 17, desde que 5 mostraram defeito de preparação. Estas peças foram injetadas, de 24 a 48 horas depois da necropsia, através do tronco celíaco ou da artéria gastro-duodenal, de maneira a obter o enchimento das artérias pancreático-duodenais. O material injetado foi zarcão em suspensão gelatinosa e algumas peças foram injetadas com bário para verificação radiológica. Os contornos gerais do duodeno-pâncreas, assim como o arranjo-hipo dos ramos arteriais foram baseados em figuras de Petré. Com o propósito de sintetizar este trabalho descrevemos somente a peça tipo de cada grupo de casos semelhantes: o resumo desta parte anatômica encerra os dados genéricos das 17 peças.

Peça n.º 2 (figura 1) — F. J. C., sexo masculino, negro, brasileiro, 51 anos. Causa mortis: hemorragia cerebral. Doença: hipertensão essencial. Protocolo do serviço sanitário n.º 28.554, necropsia em 4-8-949.

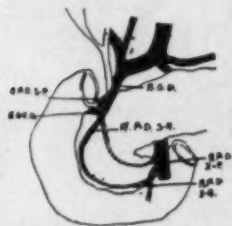


Fig. 1 — Peça n.º 2 Duas arcadas. Suplência possível no caso de ligadura das artérias do pedículo superior.

DESCRIÇÃO. — Há duas arcadas arteriais pancreático-duodenais, sendo a anterior formada pela artéria pancreático-duodenal súpero-anterior, ramo da artéria gastro-duodenal, que é encontrada 5 mm. abaixo do bordo inferior da primeira porção do duodeno, e por uma artéria pancreático-duodenal infero-anterior, que se destaca da artéria mesentérica superior em tronco comum com a primeira artéria jejunal a 8 cm. da sua origem na aorta. A arcada posterior é formada pela artéria pancreático-duodenal súpero-posterior e por uma artéria pancreático-duodenal infero-posterior, que se destaca da artéria mesentérica superior a 5 cm. de sua origem na aorta. Esta arcada é superficial em relação ao pâncreas e mais afastada da borda do duodeno, enquanto a arcada anterior é, na sua metade inferior, recoberta por tecido pancreático. Ambas as artérias são calibrosas, tendo as artérias do pedículo superior, em média, um pouco mais de 1 mm. e as do pedículo inferior, 0,5 mm. Os vasos retos destinados ao duodeno distanciam-se em média 1 cm. Já a primeira porção do duodeno depende, na sua metade aboral, destes vasos. Os pedículos se equivalem praticamente em importância.

SUMULA. — 1) Duas arcadas arteriais duodeno-pancreáticas; 2) predominância relativa do pedículo superior; 3) o desenvolvimento do pedículo inferior permitiria a suplência no caso de ligadura das artérias do pedículo superior.



Peça n.º 3 (figura n.º 2). — D. B., sexo masculino, negro, brasileiro, 58 anos. Causa mortis: Toxemia. Doença: tuberculose progressiva. S. S. 28.638; necrópsia em 22-8-959.

DESCRIÇÃO. — O pedículo superior é formado por duas artérias. A artéria pancreático-duodenal súpero-anterior emerge da artéria gastro-duodenal logo depois do piloro, junto com um fino ramo que se dirige ao bulbo duodenal; o seguimento superficial corre em relação ao pâncreas, a dois centímetros da borda do duodeno. A artéria pancreático-duodenal súpero-posterior origina-se da artéria gastro-duodenal a curta distância da origem desta na artéria hepática comum, atrás da primeira porção do duodeno e se coloca atrás da cabeça do pâncreas, mas afastada do duodeno que a anterior.

O pedículo inferior é formado por duas artérias que se originam em tronco comum na artéria mesentérica superior. A anastomose entre os dois pedículos faz-se a pleno canal. A arcada superior, depois de um trajeto de 5 cm., torna-se recoberta por tecido pancreático e a artéria posterior não é recoberta por tecido granular. As artérias do pedículo superior têm diâmetro um pouco superior a 1 mm. e as dois pedículo inferior são finas, não atingindo um terço daquele calibre.

SÚMULA. — 1) Duas arcadas; 2) acentuada predominância do pedículo superior; 3) a ligadura de ambas as artérias superior poderia provocar a necrose da metade aboral da primeira, da segunda e terceira porções do duodeno.



Fig. 2 — Peça n.º 3. Duas arcadas. Predominância acentuada do pedículo superior; suplência considerada impossível no caso de ligadura de ambas as artérias do pedículo superior.



Fig. 3 — Peça n.º 9. Pedículo superior com uma artéria; arcada única; predominância do pedículo inferior; suplência provável no caso de ligadura da artéria do pedículo superior.

Peça n.º 9 (figura n.º 3). — F. A. C., masculino, branco, brasileiro, 37 anos. Doença: Bronco-pneumonia. S. S., 29.473; necrópsia em 17-1-950.

DESCRIÇÃO. — O pedículo superior é formado por uma única artéria que se origina da artéria gastro-duodenal em tronco comum com a artéria gastro-epiplóica direita 2 cm. depois do piloro e junto à borda inferior do bulbo duodenal. Depois de um curto trajeto anteglandular dirige-se para o sulco duodeno-pancreático, mas ao longo do seu curso vai-se afastando progressivamente. Somente os primeiros 3 cm., da artéria não são bem recobertos por tecido pancreáticos. Esse segmento inicial fornece alguns ramos à metade aboral da

primeira porção do duodeno e são numerosos os ramos que se destacam da parte da arcada que corre ao longo da segunda porção.

No pedículo inferior também só existe uma artéria, que é a artéria pancreático-duodenal infero-anterior. Relativamente volumosa (2 mm.), esta artéria se destaca da artéria mesentérica superior 3 cm. depois de sua origem na aorta e logo se bifurca dando o ramo que completa, por anastomose a pleno canal, a arcada única e um outro ramo que se anastomosa com um outro da primeira artéria jejunal e com ele forma uma pequena arcada, que distribui arteríolas ao têrço inferior da segunda porção e a terceira porção do duodeno. Uma artéria de apreciável calibre (1 mm), com origem direta na artéria mesentérica superior a 2 cm. de sua origem na aorta, distribui-se à metade superior da segunda porção, juntamente com um ramo da artéria pancreático-duodenal infero-anterior antes de sua bifurcação. Estes dois ramos fornecem a vascularização de um divertículo grande (3 x 3 cm.) da segunda porção do duodeno.

**SÚMULA.** — 1) Uma única arcada; 2) pedículo superior com uma só artéria; 3) predominância nítida do pedículo inferior e, entre os dois sistemas, várias anastomoses. Neste caso, a ligadura da única artéria do pedículo superior, não deveria acarretar irrigação insuficiente.



Fig. 4 — Peça n.º 21. Arcada única. Predominância absoluta do pedículo superior. Provável necrose da 2.ª e da 3.ª porções em caso de ligadura, mesmo de uma só das artérias do pedículo superior.

**Peça n.º 21 (figura n.º 4). — DESCRIÇÃO:** O pedículo superior é formado por duas artérias. A artéria pancreático-duodenal súpero-anterior origina-se da artéria gastro-duodenal 2 cm. depois do piloro, parecendo continuação dessa artéria e tem calibre de quase 2 cm. Anastomosa-se a pleno canal com a artéria pancreático-duodenal infero-anterior, a qual tem calibre muito fino e se origina da artéria mesentérica superior em um ramo comum com a primeira artéria jejunal. A metade inferior corre no sulco duodeno-pancreático e é recoberta por tecido pancreático. Os ramos retos são mais numerosos, menos espaçados (1 cm. mais ou menos) e menos calibrosos na metade inferior da arcada.

A outra artéria do pedículo superior, a artéria pancreático-duodenal súpero-posterior, origina-se da artéria gastro-duodenal 2 a 5 mm. antes da artéria pancreático-duodenal súpero-anterior e tem calibre pouco inferior a esta: distribui-se a face posterior do duodeno desde a metade aboral da primeira porção, onde seus ramos encontram finos ramos vindos de uma pancreático-duodenal infero-posterior que se origina de uma artéria hepática acessória nascida da artéria mesentérica superior.

**SÚMULA.** — 1) Uma arcada única; 2) predominância absoluta do pedículo superior; 3) a ligadura das duas artérias do pedículo superior deveria ser causa de necrose na segunda e terceira porções do duodeno.

**Peça n.º 14** (figura n.º 5). — M. N. S., masculino, branco, brasileiro, 40 anos. Doença: Tuberculose acinosa do pulmão direito e caseosa da pleura direita. Causa Mortis: Toxemia. S. S. 29.674; necrópsia em 15-2-950.

**DESCRIÇÃO.** — O pedículo superior apresenta só a artéria pancreático-duodenal súpero-anterior, que se origina da artéria gastro-duodenal junto com a artéria gastro-epilóica direita. Essa artéria corre 35 mm. da borda duodenal e envia ramos para ambas as faces da metade aboral da primeira e segunda porções e começo da terceira. É uma artéria calibrosa (3 mm.) e origina ramos retos que guardam entre si uma distância de 10 a 15 mm. A artéria mesentérica superior juntamente com a primeira artéria jejunal e se distribui à terceira porção e alguns dos seus ramos anastomozam-se com ramos da artéria pancreático-duodenal súpero-anterior. Não há arcada. Suplementando o pedículo inferior duas artérias, tendo origem direta na artéria mesentérica superior, à terceira porção do duodeno.



**Fig. 5** — Peça n.º 14. Ausência de arcada; predominância absoluta do pedículo superior. Risco sério de necrose na 2.ª e na 3.ª porções do duodeno em caso de ligadura da única artéria do pedículo superior.

**SÚMULA.** — 1) Ausência de arcadas; 2) artéria única no pedículo superior e ainda assim predominando acentuadamente sobre o pedículo inferior; 3) o risco de necrose na segunda e terceira porções em caso de ligadura da artéria do pedículo superior.

#### RESUMO GERAL:

- a) *Pedículo superior*: 1) com 2 artérias, 13 casos (Suplência provável no caso de ligadura em 11 casos; suplência improvável em 2 casos). 2) com uma artéria, 4 casos (Suplência provável em 2 casos: suplência improvável em 2 casos).
- b) *No caso de ligadura da artéria pancreático-duodenal súpero-anterior*: 1) Suplência provável em 13 casos. 2) Suplência improvável: 2 casos de artéria única do pedículo superior; 2 casos de artéria com predominância da artéria, pancreático-duodenal súpero-anterior.
- c) *Arcadas*: 2 arcadas com 11 peças; 1 arcada em 4 peças; ausência de arcada em 2 peças.
- d) *Predominância de pedículo*: superior em 15 peças, inferior em 2 peças.

"As considerações que este estudo anatómico sugere são de importância para a conduta do cirurgião no descolamento das úlceras duodenais da parede posterior, grandes e penetrantes. Estas últimas provocam alterações em áreas apreciavelmente extensas, tanto na cabeça do pâncreas como no ligamento hepato-duodenal. Ora o descolamento do duodeno ao nível dessa área de reação tissural pode acarretar a ligadura da artéria pancreático-duodenal súpero-anterior ou da pancreático-duodenal súpero-posterior (desta quando a penetração da úlcera faz-se mais extensa e profundamente para o lado do ligamento hepato-duodenal).

A frequência com que o pedículo superior predomina na irrigação arterial do duodeno é aparentemente muito grande. A ocorrência de casos em que, ligadas duas artérias do pedículo superior ou mesmo só a anterior, não será possível a suplência do pedículo inferior, deve, portanto, alertar o cirurgião no sentido de preservar as artérias do pedículo superior. Para se conseguir isto, o recurso técnico mais seguro é, depois de libertada a face anterior da primeira porção do duodeno de suas aderências, seccionar o duodeno transversalmente ao nível da cratera da úlcera e descolar a porção da parede posterior necessária para o fechamento, caminhando no plano sub-mucoso da parede duodenal. Há duas vantagens nessa técnica: a primeira é de se trabalhar a distância das artérias que formam o pedículo superior e também do ducto colédoco e do ducto de Santorini: a segunda vantagem é a facilidade com que se separam os planos e se evita, assim, traumatismos do pâncreas ou da parede duodenal. Como já foi acentuado, esse descolamento deve, entretanto, se limitar ao mínimo compatível com um fechamento seguro e em nossa experiência tem sido suficiente o descolamento de 1 cm. ou pouco mais. Julgamos o fechamento em dois planos por finos pontos separados de algodão ou sêda, o melhor processo. Em alguns casos, sobre o segundo plano de pontos, e usando as alças desses pontos já amarradas, fixamos sobre o duodeno um retalho pediculado de epiplon.

Pensamos que muitos dos casos de suposta abertura do côto duodenal, logo nos primeiros dias de pós-operatório e de evolução incontrollável, para o êxito letal e rotulados com pancreatites agudas, foram, na realidade, casos de necrose de um segmento do duodeno provocada pela ligadura de uma ou de ambas as artérias do pedículo superior em indivíduos em que não era possível a suplência pelo pedículo inferior. Como já assinalamos neste trabalho, tivemos em nossa experiência um desses casos e verificamos a necrose no restante da primeira porção, em toda a segunda e em parte da terceira.

Não acreditamos na gravidade da pancreatite causada por penetração da úlcera duodenal e nem encontramos razão para um descolamento bem conduzido provocar uma pancreatite mortal. Afastados os casos de lesão e ligadura inadvertida do ducto de Wirsung e os raríssimos de ligadura de um ducto de Santorini que não tinha conexão com o ducto principal e que realizava função

dêste, julgamos que os demais casos de morte no pós-operatório imediato atribuídos ao pâncreas tenha, realmente, sido provocados por necrose do duodeno, causada por ligadura de uma ou de ambas as artérias do pedículo superior em indivíduos em que não era possível a suplência pelo pedículo inferior.

Chamamos a atenção para a inoportunidade de ser uma úlcera penetrante operada em fase aguda. O cirurgião terá contra si toda as dificuldades que o tipo da lesão condiciona e mais as desvantagens da hiperemia e do edema inflamatórios, fatores de aumento da área alterada e da diminuição da capacidade de cicatrização das paredes duodenais. Tratar com dieta, medicação apropriada e mesmo repouso em casos dêstes, para depois operá-lo em fase de acalmia, é medida de alta prudência".

## 5 — BUSCA

Procedemos a uma revisão parcial na literatura, recolhendo os trabalhos mais interessantes publicados nestes últimos 15 anos, com o material disponível de nosso arquivo particular, e o da Biblioteca da Faculdade de Medicina de São Paulo.

Enviamos cartas aos mais eminentes mestres de cirurgia de nossas faculdades, solicitando informes sobre a técnica ministrada em suas cátedras.

Iremos fazer uma descrição de todas as técnicas que conhecemos, conforme os dados colhidos. Não faremos crítica alguma sobre as técnicas descritas pois, não é esse o objetivo dêste nosso trabalho. Apresentaremos esses trabalhos, divididos em duas partes: os de produção nacional, e os produzidos em outros países.

## 6 — SELEÇÃO DE TRABALHOS

**a) Nacionais; b) Estrangeiros.** — (Procuraremos transcrever, o mais integralmente possível, as técnicas consultadas).

Faremos agora uma descrição rápida e sintética, dos métodos mais conhecidos de tratamento do duodeno. Dividiremos essa exposição em duas partes: a) trabalhos nacionais e b) estrangeiros.

### **a) Trabalhos nacionais :**

CORRÊA NETTO (A.), 1934. — Tratamos o duodeno como se fôra um coto apendicular. Depois dêste libertado do seu leito, o que às vezes é trabalhoso e difícil, mormente quando se trata de úlcera penetrante do pâncreas, é esmagado com um instrumento apropriado (esmagador de De Martel).

No ponto de esmagamento amarra-se um categute n.º 2 em "X", que torna a técnica muito fácil e elegante.

Este ponto que propomos para peritonizar o coto duodenal minora o tempo operatório e garante um perfeito envaginamento.





Pauchet cita cerca de quatorze maneira diferentes de fechar o duodeno, achando tôdas boas; nós avançamos que, se tôdas são boas esta nos parece a melhor. Nos casos que relatamos havíamos observado duas vèzes a fistula duodenal, que aliás se curaram; depois que passamos a usar sistematicamente a técnica descrita, jamais observamos a referida e perigosa complicação.

Nestas manobras sôbre o duodeno o paciente está em flexão natural direita. Assim, o órgão vem ocupar a parte média do campo operatório.

MAMMANA, (C. Z.) (1935). — Os processos por nós empregados para o fechamento do côto duodenal nas ressecções gástricas, são os seguintes: se o duodeno é livre o fechamento é feito com a pinça dupla para o fechamento duodenal nas gastrectomias, cuja descrição daremos abaixo:

Consta de duas pinças articuladas, uma gástrica e outra duodenal, providas numa das extremidades de uma articulação e na outra de uma cremalheira com mola destinada ao seu fechamento.

A pinça gástrica é constituída de dois ramos: inferior e superior. Cada ramo por sua vez apresenta duas faces: interna e externa; dois bordos: interno e externo, e duas extremidades.

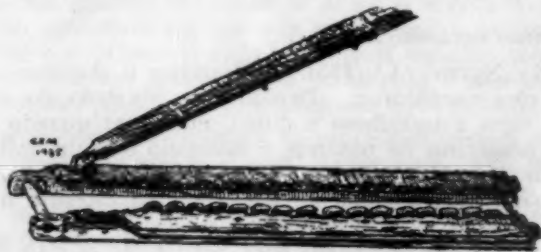


Fig. 1



Fig. 2

A face interna do ramo superior apresenta quatro orifícios e quatro pinos de ponto rômico e intercalados um ao outro e destinados a se articularem quando a pinça está fechada e outros tantos pinos e orifícios correspondentes situados na face interna do ramo inferior. Este dispositivo permite uma boa fixação das paredes do estômago.

O bordo interno do ramo inferior apresenta uma "bordelette" saliente destinado a recobrir a parede gástrica depois de sua secção na gastrectomia.

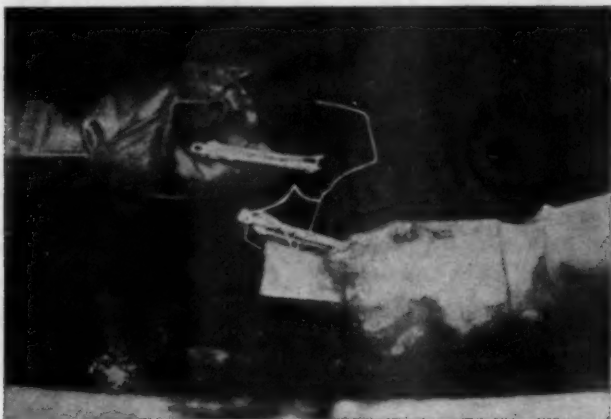


Fig. 3



O ramo inferior da pinça duodenal em seu bordo interno, sobrepassa o superior com uma série de 19 dentes arredondados destinados à condução da agulha na sutura para o fechamento do duodeno. Nas faces internas de seus ramos a pinça duodenal é semelhante à pinça gástrica.

As pinças duodenal ou gástrica se articulam paralelamente uma à outra e numa distância tal que, seccionado o estômago com bisturi rente à pinça gástrica obtém-se uma porção suficiente de tecido duodenal para uma boa sutura.

Além disso, uma vez retirada a pinça duodenal o tecido d'êste órgão correspondente à largura de seus ramos, é suficiente para recobrir a primeira sutura.

Outras vezes emprego o processo de Finsterer. Nos casos em que as paredes do duodeno nas proximidades da úlcera são insuficientes, faço o fechamento, aplicando a parede duodenal externa de encontro ao pâncreas, onde é suturada. Termina com uma epiploplastia.

MONTENEGRO, (B.) (1936). — Dois são os processos de descolamento, utilizados em sua clínica: 1.º extra-parietal e 2.º intra-parietal ou sub-mucoso.

Considera o Prof. Montenegro extra-parietal quando o cirurgião progride entre o duodeno e as estruturas vizinhas, ao passo que, no sub-mucoso êle caminha na espessura da parede duodenal, separando de um lado a serosa e as duas camadas musculares, e de outro apenas a mucosa. Esse descolamento sub-mucoso é ainda

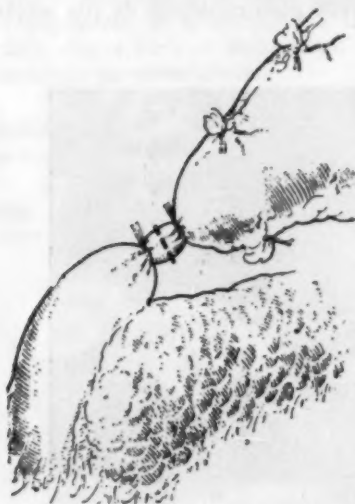


Fig. 1



Fig. 2

sub-dividido pelo seu autor em duas partes: o sub-mucoso simples e o sub-mucoso com secção prévia do duodeno.

Quer no processo extra-parietal, quer no sub-mucoso simples, o duodeno é seccionado transversalmente entre duas ligaduras, uma a montante e outra a juzante da úlcera ou do bulbo duodenal, quando se trata de resecção por lesão gástrica ou duodeno livre.

Desinfecção da extremidade distal com iodo: proteção da proximal com gaze. No sub-mucoso com secção prévia, liga-se o manguito de mucosa duodenal e resseca-se o excesso, recebendo a porção proximal o mesmo tratamento que nos outros processos.

Dois são os processos de fechamento do duodeno: 1.º) por sepultamento em bolsa — procede-se ao sepultamento do côto duodenal descolado e ligado, por uma sutura em bolsa com categute atraumático, passando mais ou menos 2 cm. abaixo do nível de secção do duodeno. Este sepultamento do côto duodenal se procede do mesmo modo que o do côto apendicular.

Após o sepultamento, reforça-se na sutura em bolsa, trazendo o epíplom e a cápsula pancreática sobre o côto duodenal. Portanto o duodeno, além de ligado e sepultado, é protegido ainda por duas linhas de sutura, o que aumenta a segurança.

2) Por sutura — Neste processo, a extremidade distal do duodeno após secção, não é ligada, e seu fechamento é feito por duas ou três camadas de sutura com categute atraumático ou com fio de algodão. Estes planos de sutura são contínuos ou em pontos separados, ou ainda, a primeira linha contínua e as outras com pontos separados.

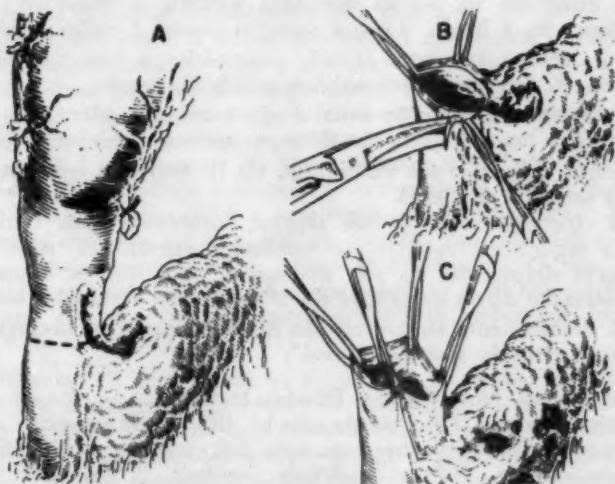


Fig. 3

**Descolamento sub-mucoso.** — Atingida a zona ulcerosa do duodeno, depois de despojado o estômago do epiplon gastro-cólico, secciona-se a artéria pilórica ou deixa-se esta ligadura para depois. Descola-se o duodeno à tesoura, seccionando-se entre este e a cápsula pancreática espessada, se a úlcera fôr da parede posterior ou entre êle e o ligamento hepato-duodenal, se fôr penetrante neste.

Este tempo executado, verifica-se que a úlcera destruiu, em profundidade, parte ou a totalidade das camadas da parede duodenal, tendo por base a estrutura anatômica na qual penetrou.

O duodeno é seccionado neste nível: liga-se a pilórica, se ainda não foi laqueada. O estômago é rebatido para a esquerda e para cima. Procede-se agora com ampla luz, ao descolamento sub-mucoso do duodeno, a fim de obter-se bom manguito duodenal que permita fechamento perfeito.

O bordo duodenal, uma vez seccionado o duodeno, é pinçado com pinças de Kocher. A ponta de tesoura romba, penetra-se no sero muscular no ponto de encontro com o pâncreas; prossegue-se esta separação, destacando-se a musculatura da mucosa, seccionando-se tratos fibrosos e pequenos vasos que unem estas camadas. Este descolamento será feito simplesmente na parte pósterio superior do duodeno, porque é desnecessário fazê-lo em toda a circunferência duodenal.

Consegue-se obter, com esta manobra, bom manguito que é amarrado abaixo da zona ulcerosa com categut n.º 2, retirando-se a porção duodenal excedente. O côto é tratado com tintura de iodo.

Faz-se em seguida uma rutura a bôlsa com categut cromado n.º 1, montado em agulha atraumática, ao redor do manguito duodenal, atingindo na porção descolada somente a muscular e não a mucosa, que é frágil. Logo a seguir o mesmo é então sepultado.

Por cima, sutura-se a cápsula pancreática à face anterior do duodeno ou recobre-se com epiplon a referida região.

Com efeito, a execução desta técnica permite a retirada de úlceras, as quais eram e ainda são tidas por muitos como inextirpáveis.

Ainda mais, não são verificadas, via de regra, as temíveis deiscências de côto duodenal.

O cirurgião afeito a essa técnica, mantém-se mais tranqüilo e mais seguro em relação aos resultados operatórios, mercê das vantagens decorrentes da sua execução. É o que se depreende da observação diária da prática do método e dos resultados obtidos.

O descolamento submucoso do duodeno constitui notável progresso da cirurgia gastro-duodenal".

MONTEIRO, (A.) (1943). — Divide o tratamento do côto duodenal em dois grupos: — 1.º Quando não há dificuldade em isolar-se um segmento suficiente do duodeno, uma polegada em média (úlceras gástricas, cânceres, úlceras duodenais simples); 2.º quando existe uma úlcera duodenal terebrante.

1.º grupo — Não existe problema fundamental neste tempo operatório, e o fechamento depende da experiência de cada cirurgião e, algumas vezes, da teimosia. Evidentemente, há maus, regulares, bons e ótimos procedimentos. A sutura em bolsa é o método mais seguro; deve ser sempre usado, qualquer que seja o processo especial, exceto quando se empregar os grampos de Von Petz.

Entre os ótimos processos, apontamos aqueles em que se usa a sutura em bolsa e que dispensam a ligadura duodenal prévia, por isso que fugimos ao princípio da cavidade séptica fechada. Para evitar a contaminação, nós procedemos de dois modos: ou ligamos o côto duodenal com uma alça que se desfaz no momento em que retirando a pinça, serramos o fio da sutura em bolsa, ou ligamos com um fio preso à alça da guilhotina do nosso colaborador Humberto Barreto, e na ocasião de apertarmos o fio da bolsa cortámo-lo.

2.º grupo — As úlceras terebrantes do duodeno exigem técnicas especiais, quando se pretende agir mais amplamente, ressecando o piloro e não se limitando a operações de simples derivação ou de exclusão à maneira de Finsters e Devine.

Entre os processos discretos, merecem nossa atenção: a) o descolamento sub-mucoso de Montenegro; b) a técnica de Nissen; c) e a de Steinberg.

BARRETO, (H.) (1943) (citado por A. Monteiro). — Faz-se a libertação do duodeno de suas estruturas vizinhas. Quando é possível contornar o duodeno abaixo da úlcera, o pinçamento é mais preciso e definitivo. Do ponto superior da úlcera à borda livre colocamos outra pinça. Um instrumento acotovelado torna-se de fácil manéjo. Feita a coprostase com a colocação das pinças, isolamos o segmento duodenal correspondente à úlcera.

Realizamos então a secção com bisturi diatérmico e ressecamos os retalhos em conexão com a cratera. Dêste modo fica-nos um côto duodenal seccionado obliquamente, fechado por duas pinças superpostas. Ajustamos a pinça inferior uma vez que temos perfeito domínio da boca duodenal e retiramos a superior. Com categute simples n.º 1 e à maneira de Mayo, fazemos um chuleio por cima da pinça. Terminando o chuleio as extremidades são unidas, revirando o bico do côto sobre a base como um barrete frígio. Pontos separados com fios de seda 000 ou algodão fino são dados numa face e noutra, sepultando a sutura transfixiante. O côto assim fechado é rebatido sobre o pâncreas cobrindo a úlcera e fixado à cápsula. Ao final fazemos uma epiploplastia pediculada com elemento da vizinhança.

FREITAS, (J. M.) (1944). — Os tempos da técnica padrão descritos sob as rubricas: *Descolamento do duodeno e secção e fechamento do duodeno* serão aqui tratados em conjunto. Os casos, tais como na prática se apresentam ao cirurgião, podem ser classificados em dois grupos bem distintos: o primeiro reúne aqueles em que não há dificuldade em isolar o duodeno em extensão suficiente

para a realização da técnica padrão e nos quais ela pode ser aplicada com os detalhes antes descritos — úlceras gástricas, câncer do estômago e úlceras duodenais simples: o segundo é representado pelas úlceras terebrantes da cabeça do pâncreas ou ligamento hepato-duodenal ou ainda pelas úlceras da parede posterior, muito aderentes.

Nos casos do segundo grupo, as dificuldades têm posto em cheque a habilidade e tática dos cirurgiões. O problema consiste em conseguir a libertação da úlcera sem dano das estruturas vizinhas e obter tecido suficiente para fechamento seguro do côto

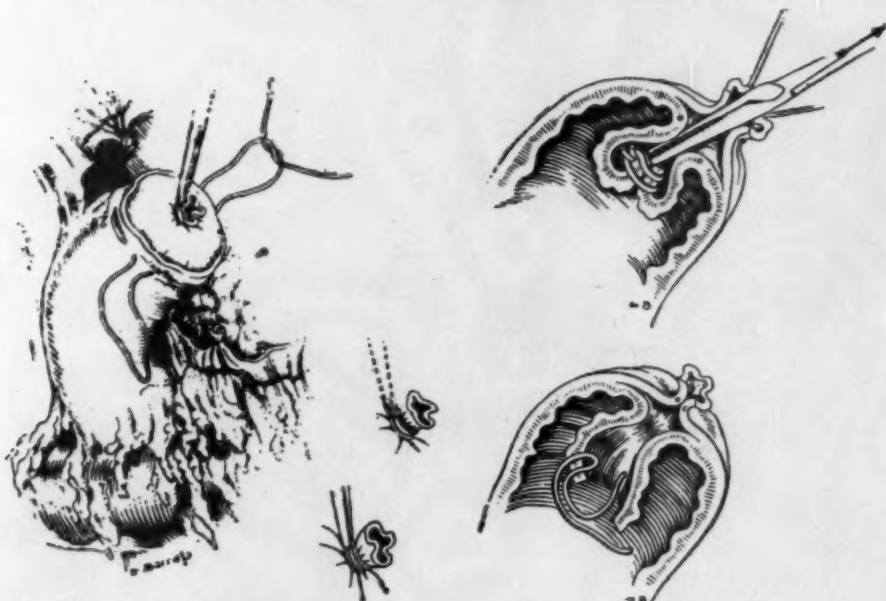


Fig. 531 — Fechamento do duodeno. Secção da alça seromuscular. Fixando a alça para sepultar o côto mucoso.

Figs. 532-533 — Fechamento do duodeno. Em cima o sepultamento do côto. Em baixo, retirada a pinça, a alça desfaz-se, não deixando cavidade séptica fechada.

duodenal. Tal é, por vèzes, a dificuldade, e tão grave pode ser a consequência dos acidentes nessa libertação, que os cirurgiões da envergadura de Finsterer, diante do problema, preferiram antes contorná-la que resolvê-lo, propondo métodos paliativos, cujo mérito não é nosso escôpo discutir.

O duodeno, dissemos descrevendo a técnica padrão, é seccionado entre duas ligaduras e sua extremidade distal sepultada sem tensão por sutura em bolsa. Embora êsse tratamento tenha dado, nos casos por nós estudados, resultados dos mais satisfatórios, pode, em princípio, ser criticado por deixar cavidade séptica fechada.

Esta a razão pela qual Alfredo Monteiro, em sua técnica cirúrgica, o classifica entre os processos que chama regulares. Entretanto, no próprio Alfredo Monteiro, aconselhando o uso da *Guilhotina de Barreto*, encontramos um meio de libertá-lo desse ponto criticável. Mas, como a úlcera terebrante impossibilita o descolamento pela técnica padrão e os processos paliativos não preenchem os requisitos dos melhores métodos de tratamento das úlceras gástricas e duodenais, todo o esforço deve ser empregado no intuito de mobilizar o segmento duodenal necessário para permitir o fechamento seguro por enterramento em bolsa. Nestes casos indicamos o descolamento

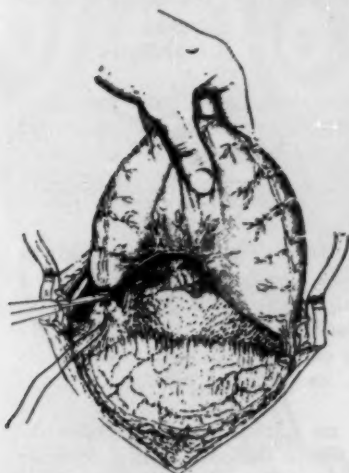


Fig. 8 — Fechamento e secção do duodeno. Uma sutura em bolsa, já está em posição. O uso de uma ligadura próxima, como mostra a figura, é dispensável.

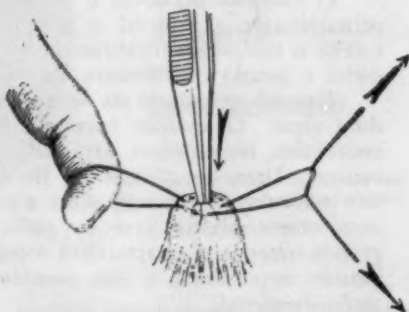


Fig. 7 — Fechamento do duodeno. O côto é invaginado com uma sutura em bolsa. O cirurgião segura uma extremidade da alça do fio com o indicador esquerdo puxa o nó já preparado com a mão direita. O auxiliar, com uma pinça anatômica, afunda o côto dentro da bolsa.

sub-mucoso que Montenegro idealizou e vem praticando com grande sucesso e que já foi descrito minuciosamente quando abordamos a técnica desse eminente mestre da cirurgia brasileira.

VASCONCELLOS, (E.) (1949). — Para isolar adequadamente a porção móvel do duodeno é necessário sectionar certo número de ramúsculos procedentes da artéria gastro-duodenal; é possível pô-los em tensão tracionando o estômago para cima e penetrando no antro diedro, progressivamente, a pequenos golpes de tesoura, mantida esta sempre em contacto com a parede duodenal. Estes ramúsculos são laqueados à medida que sangram.

Mobiliza-se o duodeno numa extensão de 1 1/2 a 2 cm. Não há inconveniente maior em se ligar a artéria gastro-duodenal acima e abaixo do duodeno, manobra esta que, nos casos de lesões agudas com grande edema e vaso-dilatação, facilita pela redução do sangramento, menor número de ligaduras.



Deve-se, no entanto, não esquecer a possibilidade de se originar a artéria cística neste ponto, o que obrigaria a colecistectomia inútil ou levaria, pior ainda, à necrose ulterior da vesícula.

Completados estes tempos, o assistente traciona o estômago com a mão esquerda, de modo a dar ao duodeno uma direção vertical, o que permite ao cirurgião amarrar o duodeno por baixo da úlcera.

Este amarramento fazêmo-lo sempre com categute simples, n.º 1 ou n.º 2. Vêzes há em que colocamos laqueaduras no duodeno, quando se trate de estenose pilórica com êstase, seccionando entre elas; a segunda é, no entanto, em geral, inútil, desde que o estômago tenha sido previamente esvasiado.

Fazemos então uma sutura em bolsa com categute n.º 1 cromado, montado em agulha curva, 1 cent. a 1 1/2 abaixo da ligadura inferior.

O campo operatório é isolado por compressas para reduzir a contaminação peritonial e o duodeno seccionado. O assistente recebe o estômago, recobrimdo-o com uma compressa. O côto duodenal é tocado com tintura de iôdo.

Um nó preparado na sutura em bolsa faz com que esta forme duas alças. O auxiliar apresenta o côto duodenal com uma pinça anatômica, impelindo-o para baixo, enquanto o cirurgião aperta a sutura. Uma das pontas do fio é utilizada para colocar dois ou três pontos suplementares sobre a primeira sutura, fazendo-se sempre uma omentoplastia livre ou pediculada, puxando uma ponta de grande omento, e amarrando-a sobre o côto duodenal. Emprestamos grande importância a esta manobra, na garantia contra a fistulização duodenal.

Nos casos de úlcera penetrante no pâncreas, a separação do duodeno é feita debaixo de contrôle direto da vista, com golpes de tesoura através das camadas musculares. Quando existe duodeno suficiente, a sua extremidade é ligada e invaginada por sutura em bolsa.

No fechamento das úlceras penetrantes perfuradas no pâncreas, quando a parede duodenal não pode ser mobilizada no tamanho suficiente, ou quando o processo inflamatório torna impossível o método acima, a extremidade duodenal é fechada por uma sutura contínua transfixante (through and through) em que a sutura em bolsa é superposta.

PIRAGIBE NOGUEIRA, (1949). — Essa autor descola sempre uma pequena extensão da parede duodenal posterior, caminhando no plano sub-mucoso, para conseguir fazer a primeira sutura entre a parede anterior e a túnica formada pela mucosa e sub-mucosa da parede posterior. A segunda sutura é feita entre a parede anterior do duodeno e pâncreas, procurando-se não penetrar a agulha mais que 5 mm. na glândula e apanhando no ponto a túnica muscular do duodeno que foi descolada. Um terceiro plano de sutura ainda é feito entre a parede anterior do duodeno e a orla distal da cratera.

(Continua)





# ADJUVEX

**AJUDA  
EFETIVAMENTE  
OS OBESOS  
A OBSERVAR  
AS DIETAS  
DE  
EMAGRECIMENTO**

*(Fornecemos blocos de dietas de emagrecimento mediante solicitação)*

★ **BALAS DE DEXTRO-ANFETAMINA E POLIVITAMINAS**

- ★ **DIMINUEM O APETITE**
- ★ **COMBATEM A DEPRESSÃO**
- ★ **MELHORAM O PSIQUISMO**



**INDÚSTRIAS FARMACÊUTICAS**

## *Fontoura-Wyeth S.A.*

*Tradição e qualidade a serviço da prática médica*

**Nos Estados Unidos: Wyeth Laboratories Inc. - Philadelphia 2, Pa.  
No Brasil: Indústrias Farmacêuticas Fontoura-Wyeth S.A. - S. Paulo**

# Vaso-dilatadores Hipotensores



**HEXANITOL**  
*baixa a pressão  
arterial*

**HEXANITOL com RUTINA**  
*baixa a pressão arterial  
e evita as hemorragias  
cerebraes e oculares*

Laboratório Sintético Ltda  
Rua Tamandaré 777 Tel-364572  
São Paulo

## PRODUÇÃO MÉDICA DE SÃO PAULO

## Associação Paulista de Medicina

## DEPARTAMENTO DE MEDICINA

Sessão em 20 fevereiro 1956

Presidente: Octávio Ribeiro Ratto

**Tronco arterioso comum permanente com subclávia direita retro-esofágica (apresentação de um caso).** Américo H. Sampaio, Demóstenes Uvo, Oscar Portugal, Silvio dos Santos Carvalhal e Silvio Borges. — Os autores fizeram um apanhado geral do histórico e das classificações propostas para os casos de tronco arterioso comum permanente. Consideraram mais satisfatória a classificação de Collet e Edwards. Apresentaram um caso com estudo clínico, eletrocardiográfico, angiocardiógráfico e necroscópico, que incluíam no tipo 4 da classificação destes autores (este grupo se caracteriza pela ausência da artéria pulmonar, estando a circulação pulmonar mantida exclusivamente pelas artérias brônquicas). Os autores diagnosticaram clinicamente e obtiveram confirmação necroscópica da presença de uma artéria subclávia direita retro-esofágica.

**Estudo da captação do  $I^{131}$  e metabolismo basal em determinados estados patológicos.** Luciano Décourt, Camilo Segreto, Antônio Gebara, e Abram Bobrow. — A atividade da tireóide pode ser avaliada, principalmente, por três processos: a captação do  $I^{131}$  pela tireóide, a dosagem do iodo protéico do plasma e a determinação do metabolismo basal. Na maioria dos casos esses três métodos fornecem resultados concordantes, pois medem funções interdependentes. Assim, a captação mede as necessidades de iodo da tireóide e elaboração de hormônio, a dosagem do iodo protéico mostra a quantidade de hormônio circulante e o metabolismo basal, a ação do hormônio sobre os tecidos. Numerosas e variadas causas de erro comprometem um ou outro método e devem ser bem conhecidas para evitar falsos resultados. Recentemente, Recant e Riggs verificaram

**RUBROMALT***Extrato de malte**Com as Vitaminas B<sub>12</sub>, A e D  
Complexo B, Extrato de Fígado,  
Aminoácidos e Minerais.***INSTITUTO TERAPEÚTICO ACTIVUS LTDA.**

Rua Pirapitingui, 165 — São Paulo, Brasil

que nas nefroses, ao lado de um metabolismo freqüentemente subnormal, de níveis altos do colesterol plasmático e de valores subnormais do iodo protéico do plasma, a captação do  $I^{131}$  pela tireóide era normal ou superior ao normal. Cruchaud e col., em 2 pacientes com nefrose, confirmaram esses resultados. Mueller e col., estudaram a captação do  $I^{131}$  em pacientes com distúrbios hepáticos, encontrando aumento em 40% dos casos, apesar de não haver sinais de hipertireoidismo, tanto clínicos como laboratoriais.

Os autores procuraram comparar os resultados da captação do  $I^{131}$  e do metabolismo basal em 5 pacientes, sendo 4 com nefrose e 1 com cirrose. Verificaram acentuada discrepância entre os resultados do metabolismo basal e da captação do  $I^{131}$ , o que confirma os trabalhos já citados. Para explicar esses fatos, os autores invocaram duas causas: 1) a baixa das proteínas plasmáticas, ocasionando diminuição do hormônio corculante, uma vez que, como se sabe, ele circula ligado a uma proteína; 2) a perda de proteínas pela urina, determinando maior eliminação do hormônio. Tais fatos acarretariam, pois, a redução do iodo protéico do plasma, como também os baixos valores do metabolismo basal. A maior avidade da tireóide pelo iodo refletiria uma hiperfunção compensadora para suprir o organismo de hormônio tireóideo.

**Ensaio biológico para hormônio antidiurético usando plasma de rato e de homem.** Osvaldo Luís Ramos. — Uma curva de dose-resposta usando soluções de pitressina foi obtida empregando o método de dosagem proposto por Birnie em 1949. Uma ati-

vidade antidiurética significante foi captada quando usamos plasma ou soro obtidos de ratos sob considerável stress. Plasma ou soro de ratos obtidos sob pouco ou nenhum stress não mostraram atividade antidiurética. A atividade antidiurética captada em sangue de rato é inativada pelo armazenamento durante 48 horas a 5°C, assim como pela associação a uma quantidade de tioglicolato de sódio capaz de inativar a pitressina. A mistura de plasma ou soro de ratos com pitressina mostrou-se completamente inativa após 48 horas de armazenamento. Usando plasma e soro de seres humanos foi observado significante e semelhante atividade antidiurética, quer o sangue, fosse retirado originalmente retirado de indivíduos normais sem tratamento ou recebendo grandes doses de pitressina, quer de pacientes portadores de diabetes insípido e, finalmente, de pacientes submetidos a operação abdominal de grande vulto. A atividade antidiurética captada nestas amostras não era inativada pelo armazenamento durante 48 horas a 5°C. Diferindo ainda do que acontece no rato, esta atividade antidiurética não era inativada pela adição de tioglicolato de sódio. A mistura pitressina e plasma de homem apresenta atividade antidiurética que representa a soma da atividade antidiurética de cada um dos componentes da mistura. A mistura de soro humano representa uma atividade antidiurética corresponde à apresentada pelo soro isoladamente. Assim, parece haver evidência de que a atividade antidiurética encontrada em sangue humano, provavelmente é de origem pituitária, enquanto a encontrada em sangue humano, provavelmente, não está relacionada com a hipófise posterior.

## DEPARTAMENTO DE MEDICINA DO TRABALHO

Sessão em 27 fevereiro 1956

Presidente: José Benedito Moraes Leme

**Organização do trabalho intelectual (conferência).** Antônio Carlos Pacheco e Silva. — O conferencista,

inicialmente esclareceu que não iria tratar do problema sob um aspecto específico, mas de uma forma geral.

# VIOFAL

COMPRIMIDOS  
VAGINAIS  
PÓ PARA  
INSUFLAÇÃO

para o  
tratamento  
local da  
Leucorréia

- intensa atividade antibacteriana
- efeito sobre tricomonas e monílias
- restabelecimento da flora normal e do pH fisiológico da secreção vaginal.



PRODUTOS QUÍMICOS C I B A S. A.

Na atualidade, as atenções estão voltadas para os problemas de produção material e problemas de seu aumento e custo. Portanto, devemos ter fortes razões para nos preocupar, não só com o aumento da produção intelectual, como também sua racionalização e organização. A memória é um dos elementos de produção intelectual. Na atualidade, já não estamos mais convencidos do antigo aforismo de que o "saber não ocupa lugar"; experiências realizadas na Universidade de Stanford vieram demonstrar que a assimilação intelectual orgânica são processos similares. Já são conhecidas em psicologia as leis do esquecimento, os mecanismos de defesa e adaptação, etc. E, portanto, necessário não só evitar a indigestão gástrica como a ingestão intelectual.

No método de estudo, vários fatores devem entrar em consideração, sendo preliminarmente necessário que exista, por parte do estudante: 1) interesse pela matéria; 2) entusiasmo; 3) ambição sadia. As escolas psicológicas ainda discutem o problema da predominância dos processos subconscientes sobre os conscientes nos mecanismos de aprendizado e vice-versa. Não entraremos em detalhes sobre este aspecto, por apresentar ainda pontos extremamente controversos, parecendo-nos que o melhor será considerar de maneira geral a existência de processos subconscientes e conscientes no mecanismo do aprendizado, sem cogitar da preponderância deste ou daquele processo. Vale referir, entretanto, o esforço da vontade como elemento básico na aquisição de conhecimentos e a possibilidade de educação da vontade. O conferencista

pôs em relevo as dificuldades dos estudantes com relação à ordenação das idéias, geralmente devida ao desconhecimento da psicologia, cujo estudo é relegado para um plano secundário. Salientou a importância de distinguir as idéias secundárias, das principais. Com relação ao problema do estudo, o conferencista teceu várias considerações sobre os problemas do hábito, ritmo da atenção, dos automatismos, trabalho subconsciente e fez menção à questão dos reflexos condicionados, que atualmente constitui verdadeira escola em problemas de educação. Quanto aos obstáculos da atenção, os principais se referem à dispersão e ao excesso de imaginação. Acentuou a necessidade do desenvolvimento do espírito de observação da capacidade de raciocínio, da necessidade de prevalecer o raciocínio sobre a memória, problemas da coordenação de idéias, da importância dos conhecimentos de lógica e de ter sempre presente a dúvida filosófica. Em seguida, teceu comentários sobre a questão da escolha de livros e formação de bibliotecas. Comentou os seguintes aspectos: saber ler, problema do fichário, saber ouvir, saber raciocinar (importância dos conhecimentos de lógica, os silogismos, a demonstração e os argumentos), métodos dos conhecimentos de lógica, os silogismos, a demonstração e os argumentos, métodos de raciocínio (indutivo e dedutivo). Resaltou a importância, para os que lêem, de se precaverem contra o problema da petição de princípios: admitir como certo o que está por ser demonstrado. Finalizando, o conferencista destacou a importância do método e o trabalho fundamental de Descartes sobre o assunto.

## DEPARTAMENTO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Sessão em 29 fevereiro 1956

Presidente: *Emílio Navajas Filho*

**Interpretação eletromiográfica dos distúrbios neuromusculares.** Carlos Virgílio Savoy. — Inicialmente o autor discorreu sobre a definição e a aparelhagem necessária para a realização do exame eletromiográfico, passando em revista as noções anátomo-fisio-

lógicas básicas para possibilitar uma compreensão melhor dos achados eletromiográficos. Limitou sua exposição aos distúrbios do sistema motor periférico. Descreveu os característicos dos potenciais de ação da unidade neuromotora e a da fibra mus-



uma das maiores aquisições  
da terapêutica moderna

# Reserpina Enila

Alcalóide puro da Rauwolfia serpentina

3 dosagens

Comprimidos de: 0,10 mg  
0,25 mg  
1 mg

- ★ **ANTI-HIPERTENSIVO** - 1 a 2 comprimidos de 0,25 mg duas ou mais vezes ao dia.
- ★ **TRANQUILIZADOR SEDATIVO** - 1 a 4 comprimidos de 0,10 mg por dia
- ★ **DOENÇAS MENTAIS** - 1 a 4 comprimidos de 1 mg por dia

**LABORATÓRIOS ENILA S. A.**  
RUA RIACHUELO, 242 • FONE 32-0770 • RIO DE JANEIRO

Filial: rua Marquês de Itá, 202 — São Paulo



cular isolada, determinando a forma voltagem, frequência e duração das ondas bio-elétricas. A seguir, passou a considerar os eletromiogramas peculiares ao músculo normal, à degeneração completa e à degeneração parcial das fibras neuromotoras, para fi-

nalizar com uma exposição sobre o prognóstico das lesões nervosas periféricas através dos dados eletromiográficos. Terminada a palestra, foi exibido um filme cinematográfico realizado pelo autor sobre eletromiografia clínica.

## DEPARTAMENTO DE OTORRINOLARINGOLOGIA

Sessão em 17 fevereiro 1956

Presidente: *Fábio Barreto Mateus*

**Valor do exame citológico na diferenciação das afecções bolhosas da mucosa bucal.** Benjamim Zilberberg. — O autor referiu-se a certas afecções bolhosas, geralmente de disseminação geral cutânea, mas de possível localização inicial na boca, que podem interessar o otorrinolaringologista. O diagnóstico precoce, nesses casos, é atualmente possível graças ao citodiagnóstico de Tzanck e desempenha relevante papel na paralisação ou atenuação dos sintomas clínicos. Essas afecções são: a toxidermia bolhosa desencadeada pelos iodetos e brometos, o eritema polimorfo bolhoso, a dermatite de Dühring monomorfa e o pénfigo vulgar crônico. O exame clínico não diferencia absolutamente

essas lesões da mucosa bucal e o exame citológico pelos esfregaços do fundo dessas lesões mostrará, tratando-se de pénfigo, a presença de numerosas células epiteliais degeneradas, monstruosas, atingidas de acantólise, fenômeno que constitui a lesão elementar desta afecção, que se caracteriza pela rotura das tonofibrilas epidérmicas e conseqüente isolamento e arredondamento das células epiteliais. As outras afecções não apresentam estas células degeneradas, de maneira que o diagnóstico é fácil. O diagnóstico positivado determinará a instituição de uma terapêutica ativa, realizada, atualmente, somente pela cortisona, corticotropina e prednisona.

## DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA

Sessão em 17 fevereiro 1956

Presidente: *Denise Altenhein*

**Intoxicação por cianeto (mandioca brava) em Pediatria.** Paulo Eiró Gonçalves e Maurício Grinberg. — Os autores ressaltaram a pobreza da literatura médica nacional a respeito do assunto, fazendo, a seguir, rápido apanhado sobre os cianetos em geral, apontando suas principais ações far-

macológicas e a sintomatologia da intoxicação nas suas três formas (supraguda aguda e crônica) e respectiva terapêutica. Apresentaram 6 casos internados na Seção de Pediatria do Pronto Socorro do Hospital das Clínicas de São Paulo num período de 5 meses.

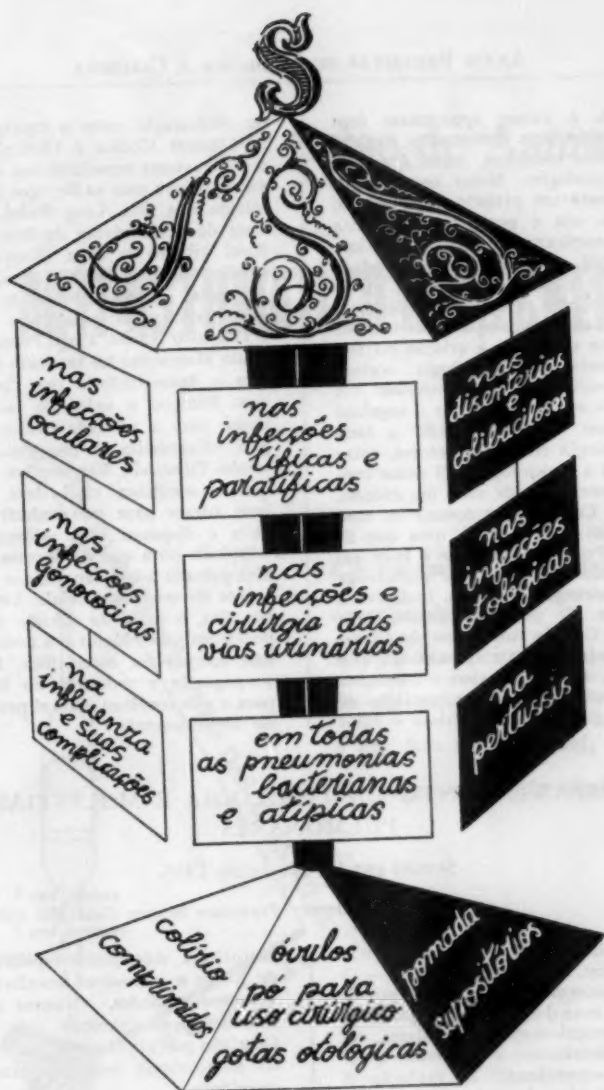
## DEPARTAMENTO DE PROCTOLOGIA

Sessão em 6 fevereiro 1956

Presidente: *Waldemiro Nunes*

**Proctologia e cirurgia.** Mario Ramos de Oliveira. — Com o aparecimento das chamadas especialidades,

umas houve que bem se definiram quanto a seu campo de ação e âmbito de atribuição, como seja a Oftal-



# Sintomicetina

*Lepetit* *Lepetit*

mologia, e outras apareceram com limites não bem demarcados, regidos por vários conceitos, como é o caso da Proctologia; Moon considera a Proctologia em período de transição; contudo, ela é perfeitamente aceita pela American Medical Association. No Brasil, o autor citou a Sociedade Brasileira de Proctologia que, há 10 anos, congrega os colegas em reuniões anuais, e a associação Paulista de Medicina que, com a criação do Departamento de Proctologia, tornou mais freqüentes estas reuniões. A seguir, o autor apresentou o seguinte problema: devemos dividir a Gastrenterologia em vários setores, entre os quais a Proctologia? O autor considera este ponto de vista um excesso, citando Canton, que resume os conceitos das duas escolas: uma que limita a Proctologia ao reto e ânus (só a via endoscópica) e outra que advoga toda a cirurgia do cólon, inclusive o apêndice. O próprio Canton, bem como o Colégio Americano de Cirurgiões, admitindo a proctologia do abdome, advogam treino e condições indispensáveis para esta condição de proctologista. O autor frisou o valor

da colaboração entre a Proctologia e as Clínicas Médica e Cirúrgica, trazendo maiores benefícios aos doentes; exemplificou com os Serviços de Proctologia dos Drs. Levy Sodré (Santa Casa de Misericórdia de São Paulo), Raul Ribeiro da Silva (Hospital das Clínicas de São Paulo), Brasil Filho (Hospital N. S. Aparecida), Edison de Oliveira (Hospital São Paulo), Waldomiro Nunes, Tiago Pontes e Orlando Mammana no Instituto de Pensões e Aposentadoria dos Comerciantes. Realçou o valor do cooperativismo para a unidade clínica, biológica, diagnóstica e terapêutica. Citando Edmundo Vasconcelos, referiu que a medicina civil deve adotar esses rumos para não reduzir a eficácia e dispersar seus esforços, contribuindo para que os doentes de clínica privada sejam canalizados para os órgãos de medicina social. Lembrou, por fim, o valor da difusão da propedêutica proctológica nos centros que não comportam especialista, fazendo propaganda e palestras no Interior, para o que concitou o atual presidente do Departamento.

## DEPARTAMENTO DE TISIOLOGIA E MOLÉSTIAS PULMONARES

Sessão em 23 fevereiro 1956

Presidente: *Francisco Moura Coutinho Filho*

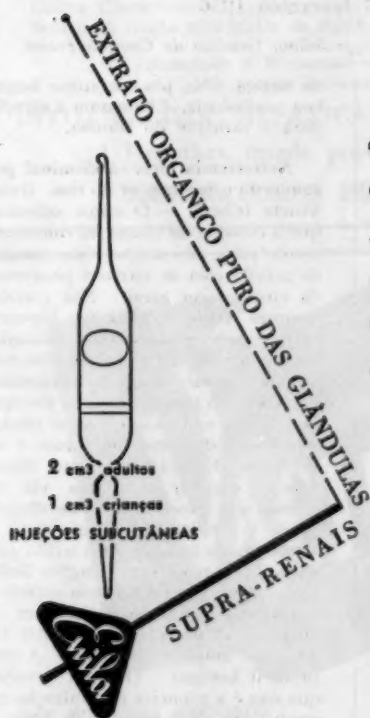
**Sarcoidose.** Antonio Ibiapina (Rio de Janeiro, D. F. — convidado). — O autor começou por definir a sarcoidose: 1) uma doença caracterizada por lesões granulomatosas nodulares, de caráter sistêmico e propensas a regressão espontânea; 2) evolução o mais das vezes benigna, tipicamente crônica, sujeita a crises e remissões; 3) um estado imunobiológico expresso pela hipossensibilidade tuberculínica e positividade da reação de Kveim. Não é tão rara como se pensa. Traçou sua história, as diversas teorias etio-patogênicas e a patológica, clínica e terapêutica da moléstia. Estudou o quadro clínico-radiológico. Salientou a semelhança entre tuberculose e sarcoidose, mostrando a dissociação tu-

berculínica, a reação de especificidade de Kveim e a possível associação das duas enfermidades. O autor relatou trabalhos experimentais com BCG. Concluiu por afirmar que parece existir antagonismo entre tuberculose e sarcoidose.

**Tratamento esquemático da tuberculose pulmonar.** (Estudo de 61 casos). J. B. Fleury de Oliveira e William Homsi Elias. — Os autores estudaram 61 casos de indivíduos portadores de tuberculose pulmonar, sendo 13 moderadamente avançada e 48 muito avançada, tratados no Hospital São Luís Gonzaga (Jaçaná) de 1953 a outubro de 1955, pelos esque-

# Crise de Asma

## ANTI-ASTHMATICO DE HECKEL



é o tratamento mais ativo  
da crise de asma.  
A ação insubstituível  
da adrenalina natural  
é um fato incontestável,  
de longa verificação clínica.

LABORATÓRIOS ENILA S. A. • RUA RIACHUELO, 242 • FONE 32-0770 • RIO

Filial: rua Marquês de Itú, 202 — São Paulo

mas propostos por O. Nébias: 2 g de estreptomina por semana e 0,25 g de hidrazida do ácido isonicotínico diariamente, durante 13 semanas; em seguida, 2 g de estreptomina por semana e 10 g de PAS diariamente, também durante 13 semanas. Dos 61 doentes, 33 eram homens e 28, mulheres; a idade variou de 15 a 75 anos. Os autores mostraram a expe-

riência obtida, estudando o comportamento das cavidades, das infiltrações, da baciloscopia e compararam os resultados entre os doentes internados e os de ambulatório. Chegaram à conclusão de que é aconselhável o emprego destes dois esquemas, na maioria dos casos, não se justificando, porém o emprego da cirurgia resseccionista logo após o término deste tratamento.

## DEPARTAMENTO DE UROLOGIA

Sessão em 27 fevereiro 1956

Presidente: *Jerônimo Geraldo de Campos Freire*

**Transposição do rim, simulando ectopia renal, por lipoma retroperineal.** Osvaldo Arruda Macedo e Samir Seráfim. — Os autores apresentaram um caso de volumoso lipoma retroperineal provocando o deslocamento do rim direito para o lado oposto. Apresentaram documentação radiográfica, com urografia excretora, pielografia ascendente e aortografia. Tentaram a extirpação do tumor, cujo exame anátomo-patológico revelou tratar-se de lipoma. Tentaram a fixação do rim direito em sua loja. Apresentaram pielografia ascendente, urografia excretora e a ortografia pós-operatórias, com ótimos resultados.

**Avulsão completa da próstata por traumatismo.** Jerônimo Geraldo de Campos Freire, Cristóvão Ferreira de Sá e Gilberto Menezes de Góes.

Os autores apresentaram um caso de politraumatizado por atropelamento (trauma do crânio, rotura do delgado, fratura da bacia e fêmur). Doente com talha hipogástrica. Apresentava metrocistografia, em que se via solução de continuidade próximo ao colo da bexiga. Havia um sequestro ósseo nesse ponto, que se interpunha entre a uretra e a bexiga. Foi feita a anastomose da uretra membranosa com o colo vesical após a retirada do sequestro ósseo, sendo usada a via retropúbica; foi feita drenagem vesical e uretral; dreno no períneo e no espaço retropúbico. A uretrocistografia pós-operatória revelou restabelecimento da continuidade

da uretra. No pós-operatório houve boa continência. Chamaram a atenção para a raridade do trauma.

**Nefrectomia tóraco-abdominal por tumor do colo superior do rim.** Darcy Villela Itiberê. — O autor salientou que a cirurgia do câncer do rim atualmente exige orientação toda especial de acordo com os recentes progressos da cirurgia em geral. Nos grandes tumores renais, maxime nos hipernefomas com grandes veias dilatadas nas superfícies, devem ser evitadas manobras manuais sobre estes tumores, para evitar o sangramento no ato operatório e a embolização, pelas células cancerosas, dos vasos do tumor e do pedículo. E para fugir destes óbices deve-se escolher uma boa via de acesso, que possibilite a abordagem direta e rápida do pedículo renal e a retirada do tumor com o tecido gorduroso peri-renal e os gânglios linfáticos. Nos tumores do polo superior, a via tóraco-abdominal deve ser de eleição: só ela poderá permitir via de acesso ampla ao pedículo. A evolução é benigna. O autor acredita que esta é a primeira comunicação em nosso meio sobre esta via de acesso.

**Neobexiga de íleo-ceco e esvaziamento pélvico ampliado por câncer.** (Apresentação de um caso). Azael Simões Leistner. — O autor apresentou um caso de neoplasia de vulva, com invasão de períneo e uretra. Apresentou documentação fotográfica pré-operatória. Fez anastomose a Cof-



NOVA FÓRMULA!...

# Prinachol

## INJETAVEL

**FÓRMULA:**

	<i>Ampólas de</i>	
	<i>2cm<sup>3</sup></i>	<i>5cm<sup>3</sup></i>
Cinarina (Princípio ativo cristalizado da Alcachofra)	0,012 g	0,030 g
Acetilmetionina .....	0,200 g	0,500 g
Colina Cloridrato .....	0,020 g	0,050 g
Soluto da fração anti-tóxica do fígado a 1:20 q. b. p.	2cm <sup>3</sup>	5cm <sup>3</sup>

*Associada a Metionina — Colina — Solução  
de fração anti-tóxica do fígado*

**INTOXICAÇÕES HEPÁTICAS E MEDICAMENTOSAS**

**Hepatites, estado pré-cirrótico do fígado**

**LABORATÓRIO YATROPAN LTDA.**



**Em dosagens eficientes :**

**Formosulfatiazol — Sulfadiazina — Caolin — Xarope  
de Glicose em suspensão de paladar agradável.**

**Diarréas processos desintéricos e inflamatórios intestinais**

★

**LABORATÓRIO YATROPAN LTDA.**

**Escritório:** Parque D. Pedro II, 862 - 876 — **Laboratório:** Rua Copacabana, 15-A  
**Telefones:** 33-5916 e 35-1013 (Rêde interna) São Paulo, Brasil.

fez I, implantando primeiro o lado direito, por sigmoidectomia com clamp de Daniel, anastomose ileocecal látero-lateral. O ileo será a nova uretra. Apresentou fotos e a urografia pós-operatória, mostrando bom resultado quanto às vias escretoras alteradas. Não houve desequilíbrio eletrolítico decorrente da ure-

trocecostomia. O autor chamou a atenção para a intensa descamação que por vezes obstrui a sonda de neouretra. O vasamento de urina foi resolvido por drenagem por sonda. A micção se fez por sonda e a paciente relatava vontade de urinar, que se exteriorizava por desconforto, cada 3 horas.

## Sociedade Médica São Lucas

Sessão conjunta com a Sociedade dos Médicos da Beneficência Portuguesa, em 9 de março de 1955

Presidente: Dr. Jacyr Quadros

**Homenagem ao Dr. Eurico Branco Ribeiro.** — O Dr. Adhemar Nobre propôs um voto de congratulações com o secretário da Sociedade Médica São Lucas, que acabava de deixar a presidência da Academia de Medicina de São Paulo, lendo um editorial publicado na "A Gazeta" elogiando a atuação daquele consócio. O Dr. Eurico Branco Ribeiro agradeceu a homenagem de que era alvo.

**Sympaticectomia lombar.** — Dr. Juan Carlos Guzzetti, de Buenos Aires. O Orador proferiu uma conferência sobre a sympaticectomia lombar no tratamento das afecções arteriais das extremidades inferiores. O orador recordou o histórico dessa operação desde a primeira intervenção de Júlio Diez. Falou depois sobre a anatomia e a fisiopatologia a cadeia ganglionar simpática.

Acentuou a ação vaso motora do simpático, e referiu-se as demais funções desse sector do sistema nervoso. Apresentou depois as deduções terapêuticas da ressecção do simpático. A cessação do espasmo e a vaso-dilatação são fatores de importância. A tromboangiite obliterante, a arteriosclerose e outras afecções arteriais podem se beneficiar da sympaticectomia.

Quanto à técnica cirúrgica, fez o elogio da via lombar de Finocchietto, que não secciona, músculos.

**Rutura traumática do baço.** — Dr. Aurélio Caetano da Silva Jr. Em seu nome e no dos drs. Oswaldo Alves de Godoy, Nelson Rodrigues Netto, Antonio Clemente Filho e Antonio Cirenza, apresentou um caso de rutura tardia do baço, em consequência de traumatismo. Os dados clínicos do caso foram pormenorizadamente descritos e a conduta analisada e justificada à luz da evolução da doença. Lembrou que nestes 6 anos somente 3 casos de rutura do baço foram registados na Beneficência Portuguesa. Sobre o mesmo caso, o dr. Antonio Cirenza, falou sob o ponto de vista do anestesista, expondo os cuidados que o doente exigiu na mesa operatória.

Na discussão, o dr. Jaime Rodrigues referiu-se ao diagnóstico prévio feito e à técnica cirúrgica empregada. O dr. Jacyr Quadros referiu-se aos dados radiológicos da rutura do baço.

**O agente etiológico do câncer.** — Dr. Estevão de Almeida Prado. O A. discorreu sobre o agente etiológico do câncer, conforme as idéias de von Brehuer, cuja personalidade recordou e exaltou. Lembrou a história do capítulo microbiológico da etiologia do câncer, citando vários autores que dela se ocuparam. A cultura do germe de von Brehuer mostrou que vários diferentes da vida do microorganismo. Vivendo em meio de pH elevado, o Siphonospora polymorpha pode dar

---

---

# Indústrias Químicas Mangual S. A.

DEPARTAMENTO

## DON BAXTER

APRESENTA AS NOVAS SOLUÇÕES EM

# VACOLITERS



Ácidos Aminados a 6 % em água destilada.

Soluto de Glucócio a 5 % com Vitaminas B<sub>1</sub>, B<sub>2</sub> e PP.

Soluto de Glucócio Isotônico com 10 % de Álcool.

Lactado de Sódio em Solução 1/6 Molar.

Solução Fisiológica de Cloreto de Sódio.

Glucócio em Solução Isotônica de Cloreto de Sódio a 5 % e 10 %.

Solutos de Glucócio em água destilada a 5 % e 10 %.

*Em frasco de 500 e 1 000 cm<sup>3</sup>*

Soluto de Lactado de Sódio e Cloreto de Sódio com Cloreto de Potássio  
(Solução de DARROW).

*Em frasco de 250 cm<sup>3</sup>*

### *Material para instalação de Bancos de Sangue :*

Transfuso Vac, plasma Vac, conjuntos de colheita e administração de sangue. Plasma humano normal seco (irradiado)



# Indústrias Químicas Mangual S. A.

MATRIZ.....: Rio de Janeiro - Rua Paulino Fernandes, 53/55. Telefone: 46-1818  
Caixa Postal 3.705 — Endereço Telefônico: "PICOT"

LABORATÓRIOS: Duque de Caxias - Estado do Rio — Rua Campos, 543.

FILIAL.....: São Paulo — Rua Manoel Dutra, 218 — Telefone: 32-9626.  
Endereço Telefônico: "BAXTER"

---

---

nascimento ao câncer. Leu o relatório de cientistas alemães sobre o estudo de cultura desse germe.

O dr. Carlos Alberto Aschaer traduziu trechos de um trabalho de Schilling confirmando os estudos de von Brehmer. Acrescentou o dr. Almeida Prado que a Penicilina reativa

a virulência do *Siphonospora polymorpha* e citou trabalhos norte-americanos sobre a vida polimorfa dos microorganismos. Por fim exibiu um filme e diapositivos demonstrativos do germe de von Brehmer. O prof Rocha Lima disse não ter opinião firmada sobre o assunto.

### Sessão de 21 de março de 1955

Presidente: Dr. Jacyr Quadros

**Parada cardíaca em cirurgia.** — Dr. Paulo Rebocho. O orador iniciou citando estatísticas sobre a parada do coração mais comum na criança e depois dos quarenta anos. Passou depois a referir as causas da parada cardíaca: a) reflexo vagal, seja por estímulo no trato digestivo, no respiratório, no uro-genital ou na cirurgia torácica; b) irritação direta do coração, na cirurgia torácica e no cateterismo cardíaco; c) anoxia, conforme provado por experimentação em animais; d) anestésicos, agindo diretamente ou por anorexia ou por meio de reflexo vagal; e) lesões cardíacas, como miocardites, bloqueios, etc.; f) certas drogas, como a quinidina, o potássio, pronestyl; g) outras condições, como o hipertireoidismo, os estados tóxicos, as avitaminoses, etc. Falou depois sobre a importância do tempo de parada na possibilidade e sequelas da recuperação.

Discutiu depois o reconhecimento da parada cardíaca, que não tem sinais prodômicos, que pode ser por meio da verificação da aorta abdominal, da escuta das bulhas, da ausência da pressão arterial, do aparecimento da apnéia, do eletrocardiograma e até da toracotomia e consequente emprego de massagens. Por fim, discorreu sobre o prognóstico, nas 28 a 32% de sobrevivência.

Terminou o dr. Paulo Rebocho salientando o valor do reflexo vagal e tirou conclusões práticas à luz da exposição feita.

A seguir o dr. John Kolb Filho expos o tratamento da parada cardíaca, dividindo-o em dois capítulos: o da prevenção e o da recuperação. Na prevenção expôs os cuidados pre-

nestésicos, as das manobras da intubação, dado o reflexo vagal. O cirurgião, por sua vez não deve iniciar a intervenção antes de estar o doente anestesiado. Os cuidados com a oxigenação, e a observação dos sinais de alarma são importantes na profilaxia da parada cardíaca. O tratamento curativo deve ser iniciado pelos cuidados gerais, (aviso ao cirurgião, marcação da hora da parada, sincronização de atitudes com a equipe cirúrgica), fazendo-se logo a oxigenação pela intubação (se ainda não existente) e pela respiração artificial, pelos vários meios usuais, ao mesmo tempo que se devem fazer massagens no coração, seja através de uma botteira no diafragma, seja mais diretamente depois de toracotomia rápida, associada à instilação de soro morno sobre o coração. A recuperação pode ser feita pela transfusão de sangue, como pela posição de Trendelenburg. O pinçamento da aorta aumenta a circulação cerebral, que se deve preservar em primeiro lugar. O uso de adrenalina é plenamente justificado, mesmo antes das massagens do coração. O cloreto de cálcio tem sua indicação e o de potássio é usado na fibrilação auricular. O eletrochoque foi empregado por alguns autores. Falou sobre os aparelhos desfibriladores. Terminou referindo os resultados práticos dos meios de recuperação; salientou o valor de possuir à mão o material adequado para atender ao acidente da parada cardíaca.

O dr. Paulo G. Bressan foi o último a falar, discorrendo sobre casos de parada cardíaca, analisando-os pormenorizadamente. Alguns eram casos em que a parada se deu durante a inter-

# ACRIDINAL

Drágeas e Ampólas

Acrilavina

Formina

Beladona

Anil de Metileno

Contra Indicação: — ICTERICIA



*Laboratório Xavier*  
JOÃO GOMES XAVIER & CIA. LTDA



venção, outros logo esta terminada. Quasi todos eram casos graves, de grande risco operatório, em indivíduos intoxicados. Num dos casos, reanimado o coração a apnéia durou mais de duas horas, durante os quais se fez respiração artificial.

O Dr. Moacyr Boscardin referiu o valor dos fatores não anestésicos na morte operatória. Em cerca de 6 000 casos, houve no Sanatório São Lucas 8 mortes durante a anestesia, mas em consequência de anestesia somente para catalogar 5 casos. Discutiu os casos apresentados, dando a interpretação possível para justificar o acidente em cada caso. O dr. Eurico Branco Ribeiro exclui dos casos apresentados alguns que não podem ser rotulados como de morte por parada cardíaca durante a anestesia, acentuou o valor da assistência permanente dos elementos da equipe cirúr-

gica; referiu-se à entrada do líquido no coração para estímulo do endocárdio produzindo a recuperação; e lembrou a conveniência de seguir-se o exemplo do prof. Finocchietto que ditou normas aos anestesistas, nos hospitais que dirigiu em Buenos Aires, para prevenir e tratar a parada cardíaca em cirurgia. Os drs. Paulo Rebocho e Paulo Bressan fizeram ainda considerações sobre o assunto. O dr. John Kolb Filho salientou a importância da volemia e a do entrosamento da equipe num caso de parada do coração, devendo ter à mão todo o material a que deva recorrer. O dr. José Bresser da Silveira referiu as "normas gerais de ação" existentes nos hospitais militares, entre as quais existe a de enfaixar os membros em Trendelenburg para compêlir o sangue para o coração.

## IMPrensa Médica de São Paulo

### Sumário dos últimos números

**Arquivos de Neuro-Psiquiatria.** Vol. 14, n.º 2, junho de 1956. Compressões medulares provocadas por mielomas vertebrais. — Adherbal Tolosa M. Canelas, Rolando A. Tenuto e Osvaldo Ricciardi Cruz; Aplicação da genética humana à higiene mental. Revisão de 300 matrículas do Centro de Saúde de Santana — Anibal Silveira; Idiotia amaurotica familiar, forma juvenil. Estudo clínico e laboratorial de 3 casos. — O. Freitas Julião, Horácio M. Canelas e Norberto A. Longo; Obstrução das artérias carótidas e das principais artérias cerebrais. — José Zaclis, O. Ricciardi Cruz e Gilberto G. M. Almeida; Criptococose do sistema nervoso central. Registro de um caso. — Adherbal Tolosa, A. Spina-França e C. da Silva Lacaz; Malformação occipito-cervical e síndrome de Arnold-Chiari, Bons resultados de um caso operado. Diaulas Vidigal e Carlos de Luccia.

**Maternidade e Infância.** Vol. XIV, n.º 1, janeiro-março 1955. IV Congresso Panamericano de Pediatria (Academia Americana de Pediatria — Dixisão Latino-Americano; IV Congresso Sulamericano (Confederação Sulamericana de Sociedades de Pediatria); VIII oJrnada Brasileira de Puericultura e Pediatria (Departamento Nacional de Criança).

**Publicações Médicas, Ano XXVI,** n.º 193, Amplictil e fenegan no tratamento da eclampsia — Martiniano Fernandes, Mozart Borges Bezerra e José Guerra; tratamento da leishmaniose visceral em Sobral, Ceará — Joaquim Eduardo de Alencar e Tomaz Corrêa de Aragão; Infecção focal amigdaliana — Wilson Junqueira de Andrade; Estudo da produção em massa do sangue e seus substitutos — Eduardo Valente Simões; Sobre um caso de comocão — contusão medular — Alcides Arroyo.



- Poderosa ação bacteriostática
- Elevada concentração "in loco"
- Atividade ceratoplástica e cicatrizante
- Ausência de sensibilização
- Aplicação cômoda

# Pomada de Cloranfenicol Roussel

**Dermatites infecciosas:** - impetigo, ectima, furúnculo, foliculite, antraz, piodermite, sicoses.

**Herpes simplex, zona, acne rosácea, eczema, eczema microbiano e disidrósico, eritema polimorfo.**

**Profilaxia das infecções secundárias às:** queimaduras, feridas, escaras e úlceras da perna.

Bisnaga com 11 g de pomada dosada a 1,66%.

**Uso tópico**

**LABORATÓRIOS SILVA ARAUJO-ROUSSEL S. A.**  
RIO DE JANEIRO



CLOP P-1

Seara Médica, Vol. X n.º 4, outubro-dezembro 1955. Tronco celíaco (dois casos de anastomose cecal de Carvalho Lima e Waldemar Ilaco-mesentérica inferior) — Jos Gediniz Pereira de Carvalho: O simpático lombar na criança estudo anatômico — Dr. Jesus Pan Chacon: Indiferença congênita universal à dor — Jorge Armbrust Figueiredo e Juvenal Silva Marques.

**Revista do Hospital das Clínicas,** Vol. XI, n.º 5, setembro-outubro 1956. Paulo Braga Magalhães, Egle Renata Attadia e Paulo Roberto Cardoso Rebocho — Do pré-operatório; Cyro de Rezende, Wilson Guimarães e Manoel Domingues de Castro — Do ato cirúrgico; Drina Coelho Ungaretti e Vasco Moreira Lima — Dos acidentes operatórios; Plínio de Toledo Piza, Manoel de Barros Mattos e Paulo Roberto Cardoso Rebocho — Do post-operatório; Jorge C. Willmersdorf e Dante Palagi Filho — Da parte experimental.

**Revista Paulista de Medicina:** Vol. 48, n.º 5, Maio de 1956. Complicações das intervenções sobre a tireoide. Estudo de 143 casos operados — Josias de Andrade Sobrinho e Edinir Salvador Sapia: Valor da flora bacteriana na sintomatologia da amebíase — Haroldo de Azevedo Sodré e Júlio Croce; Pseudo-friúdez. Etiologia e tratamento (hormonal e psicanalítico) — L. Miller de Paiva: Hemorragia pós-parto por afibrinogenemia — Cesar de Paula Martins, Humberto Costa Ferreira e Luis Gonzaga Murat: Hipertrofia virginal da mama. Resultado plástico — Antônio Pedro Mirra e Georges Arié; O Médico na Instituição de Previdência — José Salustiano Filho: Tratamento atual da sífilis nervosa — Homero Pinto Valada; Estado atual do emprego de isótopos radioativos em São Paulo — Verônica Rapp de Eston e Tede Eston de Eston.

## VIDA MÉDICA DE SÃO PAULO

### Homenagem

**Manifestação de aprêço da classe médica paulista ao Prof. Benedito Montenegro.** — Realizou-se no dia 19 de setembro do corrente ano, no auditório da Associação Paulista de Medicina, uma sessão solene na qual a classe médica de São Paulo prestou expressiva homenagem ao prof. Benedito Montenegro, que acaba de se aposentar na Cadeira de Clínica Cirúrgica da Universidade de S. Paulo. A solenidade, promovida pela A. P. M., contou com a adesão das seguintes entidades: Reitoria da Universidade de S. Paulo, Faculdade de Medicina da U. S. P., Escola Paulista de Medicina, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Faculdade de Medicina de Orocaba, Associação Médica Brasileira, Academia de Medicina de S. Paulo, Capítulo de São Paulo do Colégio Americano de Cirurgiões, Capítulo de São Paulo do Colégio Bra-

sileiro de Cirurgiões, Seção Brasileira do Colégio Internacional de Cirurgiões, Associação dos Antigos Alunos da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Sindicato dos Médicos de São Paulo e Centro Acadêmico "Oswaldo Cruz".

A sessão foi presidida pelo prof. Alípio Corrêa Neto, reitor da Universidade de S. Paulo, tomando assento à mesa representantes de todas as faculdades e associações médicas de S. Paulo, do Secretário da Saúde e da Universidade Mackenzie.

#### DISCURSO DO PROF. JAIRO RAMOS

Abrindo os trabalhos o prof. Jairo Ramos, em nome das entidades patrocinadoras da homenagem, proferiu a seguinte oração:



Ampolas de  
5 mg  
25 mg  
100 mg

**Betaxina**  
VITAMINA B<sub>1</sub>

Comprimidos de  
3 mg  
50 mg  
100 mg

Ampolas de  
500 µg  
e  
1000 µg

**VITAMINA B<sub>12</sub>**  
-Bayer-

Ampolas de  
200 mg  
500 mg  
1000 mg

**VITAMINA C**  
-Bayer-

Comprimidos de  
50 mg  
200 mg

Solução oleosa  
vidro de  
10 cm<sup>3</sup>

**VIGANTOL**  
VITAMINA D

# VITAMINAS

»Bayer«

"Reunem-se em sessão conjunta e solene as Sociedades e Escolas Médicas de São Paulo para homenagear o prof. Benedito Montenegro que deixa a cátedra de cirurgia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, após 42 anos de ininterrupto labor a bem do ensino. Iniciando sua labuta como assistente, para a seguir ocupar os cargos de professor substituto, catedrático de Técnica Cirúrgica e de Clínica cirúrgica, galgou o prof. Montenegro todos os degraus que na época constituíam a carreira do magistério superior.

Profissional consciencioso e competente; professor ilustre e digno; criador e orientador incontestado de magnífica escola de cirurgia, deixa Montenegro a cátedra cercado de respeito e da admiração de seus alunos, discípulos e colegas. Profissional e mestre, não deixou de ser homem integrado na sociedade a bem da qual batalhou e para a qual emprestou o prestígio de seu nome, o valor de sua inteligência e sua extraordinária capacidade de trabalho, no exercício da política. Se-

cretário de Estado, deputado e presidente da Assembléia Legislativa; integrou, como cidadão e médico, com extrema dedicação, o grupo de homens que lutaram em 1932 para a conquista de melhores condições políticas e sociais para o Brasil.

Chefe de escola, pontificou na cátedra, despertando admiração e respeito, deixando ao serviço da medicina uma pleiade de ilustres cirurgiões que serão seus continuadores no magistério e no exercício da prática médica.

"Leader" de classe foi chamado a presidir as duas mais credenciadas Sociedades médicas de São Paulo.

Professor Ilustre, ocupou o honroso cargo de Magnífico Reitor da Universidade de São Paulo, expressão de confiança daqueles que ocupavam cátedras nos vários institutos que integram a Universidade de São Paulo. Mereceu o respeito e a admiração dos mais reputados centros cirúrgicos do mundo, distinguido que foi por vários títulos honoríficos.



Fotografia obtida quando foi da homenagem prestada ao prof. B. Montenegro pelos seus assistentes e ex-assistentes na comemoração das suas bodas de prata profissional.

## MISTECLIN

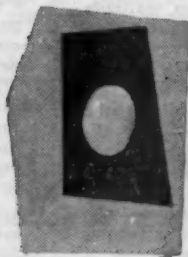
O tratamento com os antibióticos habituais de amplo espectro dá origem, frequentemente, a crescimento excessivo de *Candida albicans* (monília), em virtude desses medicamentos não apresentarem efeito antimicótico. Entre as manifestações do crescimento excessivo de monília podem-se citar a diarreia e o prurido anal relacionados com a antibiótico-terapia, assim como a monilíase vaginal e bucal. Em alguns casos, podem ocorrer infecções sistêmicas graves, às vezes letais, causadas por monília.

### O tratamento com **MISTECLIN**

(Tetraciclina-Nistatina Squibb)

O antibiótico mais seguro e de maior espectro anti-infeccioso

O tratamento com Misteclin não só é eficaz na terapêutica de muitas infecções habituais mas, também, protege o paciente contra o crescimento excessivo de monília. Misteclin é o único antibiótico que oferece a proteção da ação combinada da Nistatina Squibb, o primeiro antibiótico seguramente ativo contra fungos, e da Tetraciclina Squibb, o antibiótico de grande espectro melhor tolerado.



Cada drágea de Misteclin contém 250 mg. de Cloridrato de Tetraciclina e 250.000 u. de Nistatina.

**Dose mínima para adultos:**  
1 drágea, 4 vezes ao dia.

**Apresentação:**  
Frasco com 12 drágeas.

"MISTECLIN" É UM NOME REGISTRADO

**SQUIBB**

Cidadão conscio de suas responsabilidades não se furtou ao dever de integrar o corpo de saúde que o Brasil enviou para colaborar na primeira guerra do século.

Após 42 anos de labuta ininterrupta afasta-se, por vontade própria, da cadeira que soube honrar e dignificar.

Contingências da vida humana.

Determinismo inexorável que nos impõe a vida.

Todos sentimos a necessidade de repouso. Uns, mais moços e outros, mais velhos. Todos, porém, devem enfrentar tais contingências. A sabedoria está em decidir quando enfrentá-la. Devemos aceitá-la quando sentimos que já realizamos a tarefa que nos foi proposta, condição que caracteriza os seres privilegiados cientes de terem cumprido.

Qual a tarefa que recebem e que precisam cumprir, aqueles que assumem a direção de uma cátedra? Ensinar, difundir conhecimentos, pesquisar, transmitir sua experiência e fazer discípulos que possam continuar a mesma tarefa, com igual competência e dignidade, enfim, semear para o futuro.

Semear e esperar a germinação, cuidar da árvore até fazê-la robusta, observar a floração, assistir o aparecimento dos frutos e quando maduros oferecê-los ao serviço da humanidade.

Assim é o proceder do mestre. Quando porém reconhecer a exuberância da colheita há necessidade de parar. Parar, para apreciar a obra realizada. Parar, para apreciar a excelência dos frutos e a exuberância das árvores que semeou. Parar, para contemplar a vida que viveu.

E' nesta ocasião e, só então, que será possível avaliar a obra realizada e verificar se honrou a vida oferecida por Deus.

Quando no início da vida, os horizontes vislumbrados são de regra turvos. A caminhada é difícil, prenhe de apreensões e de dificuldades. Difícil, por vezes, será escolher a vereda certa e resistir às tentações que frequentemente ocorrem. Resistir às tentações, sacrificar o conforto, não temer as dificuldades nem as labutas será o permanente lema a adotar.

O hábito do trabalho e do bem proceder indica, porém, a trilha certa, até atingir a idade proecta, então será permitido e útil rever o caminho percorrido. E é neste momento que será possível apreciar a vida que foi vivida, os trabalhos realizados e o respeito e a consideração da Sociedade.

Revendo o caminho percorrido, Sr. Prof. Benedito Montenegro, há justos motivos para a satisfação íntima. A homenagem que hoje prestam seus colegas e discípulos, as organizações e escolas médicas de São Paulo, representa, sem dúvida, o prêmio almejado para quem soube honrar a vida que viveu.

Cerimonias como estas impõem aos intérpretes dos sentimentos coletivos uma grande responsabilidade. Nem sempre conseguimos interpretar com exatidão o sentimento daqueles que nos outorgaram a difícil tarefa. Frequentemente falhamos porque o sentir de cada um não se ajusta ao sentir coletivo. Falhamos por omissão e falhamos, sobretudo, pelas idéias e convicções pessoais que externamos.

Quando pretendemos satisfazer a todos tornamo-nos formais e as palavras que pronunciamos não vêm aquecidas pelo calor dos sentimentos que albergamos em nosso íntimo. Quando procuramos satisfazer nossas idéias e dar vazão às nossas convicções, incorremos no perigo de contrariarmos aqueles que a nós confiaram a honrosa missão. Tendo que enfrentar uma das duas condições, escolhemos a que se adapta melhor a nossa personalidade.

Sempre consideramos estas cerimônias como evocativas de uma vida. Cerimônias que só se compreendem quando são realizadas com o propósito de glorificar uma vida de labuta e de realizações. Nelas não há lugar para saudades nem para tristezas, porquanto representa o reconhecimento de uma vida nobre e digna. Não há lugar para saudade porque o nosso homenageado está presente e não há lugar para tristezas porque o nosso homenageado desfruta da lucidez de espírito e da inteligência que caracterizam sua vida de professor.

Sempre imaginamos ser motivo de satisfação e orgulho, poder assistir na plena maturidade de nossa intelligen-



## CLORETO DE AMÔNIO TERÁPICA

APRESENTAÇÃO E FÓRMULA: drágeas entéricas rigorosamente dosadas a 0,50 por drágea.

### INDICAÇÕES TERAPÊUTICAS:

- a) nas afecções cárdio-musculares: pela ação diurética reforça a ação dos sais mercuriais e contribue para a diminuição de edemas e derrames.
- b) nas afecções renais e urinárias: sendo acidificante da urina é poderoso auxiliar no tratamento das pielites e na dissolução de cálculos urinários constituídos de sais alcalinos.
- c) nas afecções brônquicas: como expectorante de ação enérgica.
- d) nas afecções do sistema nervoso: como adjuvante no tratamento pelos anticonvulsivantes e no síndrome de Meniere.

DOSAGEM: 6 a 12 drágeas por dia.

★

LABORATÓRIO

TERÁPICA PAULISTA S/A.

Rua Fernão Dias, 82 — São Paulo, Brasil

## METROLINA

Antissético Ginecológico — Bactericida —  
Adstringente — Aromático

★

LABORATÓRIO QUÍMICO-FARMACÊUTICO

HUGO MOLINARI & CIA. LTDA.

RIO DE JANEIRO: Rua da Alfândega, 201. Telefone 43-5421. Caixa Postal, 161

SÃO PAULO: Rua da Glória, 176. Telefone 32-4228. Caixa Postal, 949

## PHILERGON - Fortifica de fato

Uma colherada às refeições

cia, a glorificação dos atos, ações e trabalhos realizados, no decorrer de nossa vida. Parece-nos que nestas ocasiões o tempo cessa o seu correr contínuo, para permitir rever o passado, assistir o presente e o antever o futuro.

Rever o passado e fazer desfilar em nossa mente todo o caminho percorrido.

Sentir que algo de útil foi realizado em benefício da humanidade e que foi honrada uma vida e um nome.

Assistir o presente e sentir que a labuta o bom proceder foram justamente apreciados e glorificados.

Antever o futuro que se mostra claro e nítido, pois fácil é imaginar que a vida daqueles aos quais ajudamos a moldar o caráter, compor a personalidade, iluminar a inteligência e ampliar os conhecimentos, obedecerá ao mesmo roteiro por nós percorrido com perseverança e fé.

Acreditamos que no íntimo, deveremos sentir o triunfo de nossa vida e no íntimo deveremos apreciar o triunfo daqueles que nos tomaram por guia e por exemplo.

E quando parece que tudo se vai acabar, na realidade o contrário se passa; mais ainda será a influência do Mestre, porque, de timoneiro passa agora a exercer a função magnífica de Conselheiro-Amigo e compreensivo.

Cessa a concorrência, que é uma determinante do espírito humano e, a presença do Mestre, se torna cada vez mais efetiva, cada vez mais viva e cada vez mais útil.

Sua vida leva os novos timoneiros a seguir o mesmo roteiro com o propósito, muito humano, de merecer as mesmas homenagens e o mesmo respeito.

Seu exemplo será sempre norma visada, seus conselhos servirão para orientar a vida dos mais jovens.

Amplia-se cada vez mais a sua família.

O respeito e a gratidão da Sociedade se tornarão cada vez mais patentes, agradecida e jubilosa que está, pelo valor do contingente humano que acumulou.

Sua vida, Prof. Benedicto Montenegro, integra os conceitos que aca-

bamos de emitir. Todas as suas atividades de profissional e de professor, satisfazem as condições que referimos — labuta contínua, integridade no proceder, plasmador de personalidades disseminador de conhecimentos, "leader" de classe, criador de escola e cidadão prestante.

Bem poucos poderão enfrentar situação semelhante.

Não cabem, nesta cerimônia, nem tristezas, nem saudades, porque glorificamos uma vida. E para glorificá-la, devemos esperar que os anos sigam o seu evoluir contínuo. E' o tempo que prepara os sucessos e os insucessos do homem.

A vida desgasta demasiado o homem comum, e assim fácil será igualá-lo e mais fácil ainda substituí-lo. Somente aqueles que conseguem vencer o desgaste, pelo aprimoramento das qualidades do caráter e de inteligência é que merecem o respeito e a admiração da Sociedade em que vivem. Particularmente isto se observa com o professor, criador de escola, que soube transferir aos discípulos a tarefa árdua de manter o fogo sagrado que o guiou em toda sua vida.

E é isto Prof. Benedicto Montenegro o que ora acontece. Aposentando-se, voluntariamente, da catedra Universitária, observa e assiste o triunfo de seus discípulos, sente a admiração dos colegas e o respeito de todos pela obra que realizou.

Aqui estamos, todos congregados, colegas e discípulos, para externar nossa admiração e nosso respeito ao insigne Mestre, que dignificou a catedra, honrou a profissão e fez jus à benemerência da Sociedade".

#### ORAÇÃO DO REPRESENTANTE DOS ANTIGOS ALUNOS

Seguiu-se com a palavra o dr. Mario Ramos de Oliveira, livre-docente da Faculdade de Medicina saudando o prof. Montenegro, em nome de seus antigos alunos, disse o orador:

"Sr. Presidente da Associação Médica Brasileira: srs. presidentes das Associações Médicas de São Paulo; magnífico reitor da Universidade de São Paulo; srs. diretores das Escolas

# SULFADEX-GÔTAS

"SULFAS COMBINADAS EM SOLUÇÃO AQUOSA"

## FÓRMULA:

Succinil - SULFADIAZINA di-sódica ... 0,111 g  
Succinil - SULFAMERAZINA di-sódica . 0,109 g  
Succinil - SULFAMETAZINA di-sódica . 0,106 g  
Água destilada q. s. p. .... 1,0 cm<sup>3</sup>

## INDICAÇÕES:

*Infecções causadas por:* Neumococos, Meningococos, Gonococos, Estafilococos, Pulmonia Kl, influência H, e como coadjuvante nas infecções mistas ou de etiologia duvidosa.

## VANTAGENS TERAPÊUTICAS DO "SULFADEX-GÔTAS"

- 1.<sup>a</sup>) Três "sulfas" combinadas em solução aquosa límpida e praticamente NEUTRA; primeiro produto NO MUNDO no gênero.
- 2.<sup>a</sup>) Alta concentração (21 % de Sulfonamidas puras).
- 3.<sup>a</sup>) Fácil administração, mormente em pediatria.
- 4.<sup>a</sup>) Sabor corrigível (administrada com água açucarada, laranjada).
- 5.<sup>a</sup>) Dosagem exata mesmo em pequenas frações.
- 6.<sup>a</sup>) Toxidez baixíssima.
- 7.<sup>a</sup>) Cristalúria renal enormemente pequena.
- 8.<sup>a</sup>) Obstrução renal nula.
- 9.<sup>a</sup>) Evita reações alérgicas.
- 10.<sup>a</sup>) Derivados sulfonamidos *sintetizados* em nossos laboratórios sob controle absoluto.

## MODOS DE USAR

### CRIANÇAS:

Dar na primeira administração 3 gôtas por quilo de peso da criança, da segunda administração em diante dar 9 gôtas cada 24 horas, por quilo de peso, divididas em 6 doses, isto é, uma cada 4 horas.

Quilos de peso da criança	Dose inicial 1. <sup>a</sup> administração	Dose normal 2. <sup>a</sup> administração em diante	Quantidade de sulfonamida em 24 horas
4	12 gôtas	6 gôtas	0,378 g
6	18 "	9 "	0,567 "
8	24 "	12 "	0,756 "
10	30 "	15 "	0,945 "
12	36 "	18 "	1,134 "
20	60 "	30 "	1,890 g

### ADULTOS:

*Dose inicial:* 6 cm<sup>3</sup> (mais ou menos 3 conta-gôtas cheios).

*Dose normal:* 3 cm<sup>3</sup>, cada 4 horas, até a cessação da febre.

★

**LABORATÓRIOS BALDASSARRI S/A.**

Rua Maria Paula, 136 — Telefone 33-4263 — São Paulo, Brasil

Médicas do Estado de São Paulo; minhas senhoras e meus senhores. — Prof. Benedito Montenegro — Admirar e prestar justiça àquele que se distinguiu pelas suas nobres ações num período de 45 anos ininterruptos de dedicação à cirurgia do Brasil, ensinando, criando e orientando, é um dever que temos a cumprir.

A Associação Paulista de Medicina ao patrocinar esta homenagem designou como um dos oradores um discípulo da sua Escola, e entre os muitos que aqui poderiam estar, sugeriu que fosse indicado aquele que tivesse estado na regência eventual da Cadeira agora deixada vaga pelo mestre. Essa circunstância ocasional fez que chegasse a esta tribuna um discípulo nem dos mais antigos, nem dos mais moços. Seus alunos, amigos e admiradores, rendem hoje a justa homenagem a que Benedito Montenegro se fez legítimo credor pela sua ação e exemplo, pelas suas atitudes profissionais, e o fazem com o respeito e admiração que bem merece o consagrado cirurgião. Sob a sua influência robusteceu-se o amor à carreira, fortificou-se o cirurgião, revelaram-se talentos, engrandeceram-se as ciências, centuplicaram-se as aspirações, e radicou-se em nós outros o sentimento do grande, do justo e do honesto.

A responsabilidade de vir analisar a obra de Benedito Montenegro como chefe de Escola, ou seja, analisar o que fez ele com o agrupamento humano que sempre esteve aglutinado em torno da sua pessoa é tarefa difícil, já que os inúmeros predicados de formação científica, o amadurecimento, o caráter sereno, a capacidade de trabalho extraordinária, o espírito realizador, o coração magnânimo, a acessibilidade aos que desejam aprender, do eminente mestre deixar o orador convicto que a análise será incompleta e imperfeita, porque é realmente verdade que os grandes e numerosos benefícios de seu labor por certo exigem do estudioso de sua obra muito mais do que vai ser dito.

Há precisamente 15 anos, em reunião realizada em homenagem ao seu jubileu profissional, o saudoso prof. Alvaro Lemos Tóres emitiu um conceito muito oportuno para a noite de

hoje, do qual nunca olvidei e que agora rememoro. Disse ele, então, que muitas vezes fôra arguido por que não escrevia um livro para ficar marcada a época em que foi chefe de Escola. A resposta do professor foi de que o livro lá estava na reunião; livro de páginas vivas, páginas que tinham vida própria, assim se dirigindo aos seus discípulos professores Jairo Ramos, Barbosa Correia, Ignácio Lobo, Octávio Nêbias e outros. Sim, eram páginas vivas que iam perpetuar a Escola, sendo que cada qual já criava discípulos e já havia até discípulos dos discípulos numa continuada corrente.

#### Professor Montenegro:

Reunimo-nos hoje, aqui, para comemorarmos solenemente o término de um volume de um grande livro de páginas vivas, da autoria do estimado e ilustre mestre, o qual pode ter por título *Cadeira de Clínica Cirúrgica da Faculdade de Medicina da Universidade de S. Paulo*, criação de outros cirurgiões, pois ainda continuará a sua obra, como já o fazia antes, criando cirurgiões no Sanatório Santa Catarina.

Realmente, Benedito Montenegro enquanto professor de anatomia, ao lado de Bovero, e posteriormente de Técnica Cirúrgica e Cirurgia Experimental, criava a sua Escola, como cirurgião emérito, ao seu serviço privado de Clínica Cirúrgica que, pelo seu grande movimento, pela sua organização, pelos diagnósticos seguros e pela técnica aprimorada, era e é um modelo e um ponto certo de procura de todos os que se dedicam à cirurgia. Com ela, com a sua Escola no Sanatório Santa Catarina, firmou-se a sua projeção nacional e internacional como cirurgião de primeira grandeza, famoso e conhecido em todo o Brasil e no estrangeiro. O núcleo continua a ser feito e vai sendo aumentado; é o livro vivo a que me referi e que já produziu várias páginas, continua o autor a escrever novas com a criação de outros cirurgiões, pois ainda agora há lá os que começam...

Quando em 1934, o professor Montenegro passou para uma das Cadeiras de Clínica Cirúrgica na Faculdade de Medicina, como autor de páginas

vivas abriu aquele novo livro a que fiz referência.

O chefe de Escola Cirúrgica Benedito Montenegro pode, durante várias décadas, manter a Escola Cirúrgica em sua Clínica privada, e de 1935 a 1956 outro ramo de sua Escola foi a de seu Serviço Universitário ao qual temos a honra de pertencer há três lustros.

O volume Santa Catarina já está escrito em várias partes, e essas partes podem ser indicadas como a escolha, o preparo e o encerramento da página viva sob a influência do mestre. Depois, destacada esta folha viva seria ela o núcleo, a semente de produção de novos discípulos para a alegria do criador da Escola e satisfação da cirurgia brasileira. Assim o foi, assim o tem sido, e se Deus assim o quiser ainda o será por muito tempo. Aos seus discípulos diretos ministrou e ministra conhecimentos médicos, sociais e de humanidade. O dr. Eurico Branco Ribeiro, no prefácio de seus Estudos Cirúrgicos — 5.ª Série — 1949 (uma das páginas vivas do volume Santa Catarina), faz a descrição detalhada do labor do mestre. Todos nós o sentimos, pelo que, com a devida venia, transcrevemos a justa e agradável página:

“Ao avaliar as proporções do nosso labor nos domínios da arte operatória, sobreleva acentuar que fomos projetados em tão vertiginosa carreira pelas mãos seguras, pulso firme, coração entusiasta, cabeça ponderada, espírito prático revestido de larga cultura e experiência, do consagrado mestre que é Benedito Montenegro. Graças a ele, abriu-se o alcandorado templo da Cirurgia. Já nas escadarias exteriores nas bases áridas, porém sólidas, que formam um dos principais sustentáculos de tão grandioso edifício — A Anatomia — ele nos acompanhara, ministrando-nos, com a sua palavra exata e precisa, os conhecimentos que nos seriam indispensáveis para o prosseguimento da jornada. Depois, tomou-nos as mãos e introduziu-nos a alma e corpo no encantado palácio. A alma e corpo, sim! a alma, porque incutiu dentro de nós, vagarosamente, com o seu próprio exemplo, aqueles sentimentos de humanidade que não

se aprendem nos livros, que, de regra, não se observam nas clínicas, que, no geral, não se exteriorizam no exercício da prática profissional; o corpo, porque não só nos ensinou a manejar o bisturi, não só no-lo colocou nas mãos ainda pouco adestradas, como ainda, paternalmente nos confiou o material humano em que podemos cimentar a nossa experiência com a argamassa que ele havia preparado.

O casarão da Cirurgia é vasto. Por ele casarão prosseguiu o mestre na sua iluminada carreira, espalhando benefícios a mãos cheias. De nossa parte, enveredamos por outros rumos, tendo sempre na lembrança os característicos marcantes da personalidade do mestre: honestidade científica, persistência no trabalho, abstração da condição social do doente, despreendimento quanto a idéias alheias, bonhomia em todas as horas, exposição franca dos processos adotados, serviço aberto a qualquer visitante, acessibilidade aos que desejam aprender”.

Aí ficou exposto como, com o dedo de mestre, escolhia, preparava e encerrava a página viva de seu volume, o professor Benedito Montenegro. Como o Dr. Eurico Branco Ribeiro, muitos outros tiveram o mesmo caminho. Edmundo Vasconcelos que entrou como estudante em abril de 1925 e saiu prof. Edmundo Vasconcelos após 10 anos para assumir a sua cátedra universitária na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, como se lê em seu “curriculum” de concurso (fls. 18, 17 de abril 1935); A. Bernardes de Oliveira que começou a trabalhar como assistente acadêmico e onde permaneceu vários anos, e saindo se tornou, primeiro, docente de Técnica, após concurso, e, posteriormente, prof. Catedrático de Clínica Cirúrgica da Escola Paulista de Medicina; outros, já médicos, provindos de outras escolas do País também lá no volume Santa Catarina plasmaram a sua orientação científica e foram expôr-se às provas de concurso de livre docência nas Faculdades de São Paulo e do Rio de Janeiro: Piragibe Nogueira, Miguel Leuzzi e João Lorenzo; outros, embora não inclinados a prestar concurso, nem por isso deixaram de ser continuadores de sua escola, Pi-



ragibe Nogueira diplomou-se pela nossa Faculdade de Medicina.

Sem dúvida que todos os discípulos, catedráticos, docentes livres, ou não, uma vez deixado o convívio diário do mestre, foram ter, oportunamente, discípulos que, afinal, seriam discípulos de seus discípulos prof. Montenegro, e nessa corrente já estamos na 3.<sup>a</sup> ou 4.<sup>a</sup> geração. Nessa cadeia, novos professores catedráticos, novos docentes, muitos cirurgiões sem pendores universitários aí estão a reconhecer unanimemente a sua benéfica influência na cirurgia brasileira.

Além de atuar na formação de seus discípulos diretos, a ação do professor Montenegro se fez sentir num incontável grupo de cirurgiões que estagiaram ou visitaram o seu Serviço Cirúrgico. Apenas para citar um, refiro-me ao prof. Alfredo Monteiro que escreveu um editorial intitulado — *Montenegro e a Cirurgia Gastro-Duodenal no Brasil* — na Revista de Cirurgia Brasileira de dezembro de 1955, onde a síntese da influência de Montenegro é exposta com clareza e autoridade. Diz o prof. Monteiro que sempre foi imitador de Montenegro que:

"Com profundo conhecimento de Anatomia, de que fôra professor, ao lado do grande e saudoso Bovero; com educação técnica regada de que, igualmente, havia sido titular; com larga experiência e com conceito de equipe de trabalho e ritmo operatório, influiu na cirurgia gastroduodenal do Brasil". Termina o prof. Monteiro o editorial dizendo: "aqueles que, como nós, têm visitado os rincões de nossa terra, podem avaliar a perfeição das ressecções do estômago, feitas por jovens cirurgiões que tiveram a orientação da experiência do mestre Montenegro. É justa a homenagem prestada a Benedito Montenegro, porque, graças a ele, sem vaidade, podemos afirmar que, em nenhuma parte, no momento atual, a Cirurgia Gastroduodenal sobrepuja aquela que é praticada no Brasil".

Meus senhores:

Por esta sucinta exposição vimos o que a Escola de Benedito Montenegro produziu naquilo indicado como volume do Sanatório Santa Catarina vo-

lume esse de seu serviço cirúrgico particular, e que continua a produzir.

Vejamos agora o que se pode dizer do volume *Serviço Universitário de Clínica Cirúrgica da Faculdade de Medicina*, onde permaneceu o nosso mestre de 1934 a 1956, tendo funcionado na 4.<sup>a</sup> Cirurgia de Homens do Hospital Central da Santa Casa de 1934 a 1945 e, de 1945 a 1956, no Hospital das Clínicas. Esse é o volume que agora se encerra. Nele também foram escritas páginas vivas e criados professores catedráticos, docentes-livres e profissionais dedicados à cirurgia. Também pela influência de Benedito Montenegro na direção da Faculdade de Medicina temos o prosseguimento dos trabalhos do diretor que o precedeu, prof. Cunha Motta, nos entendimentos com a Comissão Rockefeller, na fundação, instalação e progresso da Escola Oficial de Enfermagem de alto padrão, anexa à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Essa é mais uma das muitas atuações de grande valia de Montenegro para a cirurgia brasileira.

Podemos ler no número da Revista de Cirurgia de São Paulo de julho de 1943, número comemorativo do 20.<sup>o</sup> aniversário da primeira gastroduodenectomia parcial praticada pelo prof. Benedito Montenegro, um artigo do prof. José Maria de Freitas e dr. Cassio Montenegro, onde é feito um histórico e exposta a organização da 2.<sup>a</sup> Cadeira de Clínica Cirúrgica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo então sob a regência do prof. B. Montenegro. Por esse artigo vê-se que muito da sua organização influiu no Hospital das Clínicas que es instalava e ia começar.

Também neste volume *Clínica Cirúrgica da Faculdade de Medicina*, o autor chefe de Escola Montenegro escreveu as páginas vivas que podem ser recordadas: prof. José Maria de Freitas, catedrático de Técnica Cirúrgica e Cirurgia Experimental da Escola Paulista de Medicina e de Clínica Cirúrgica da Faculdade de Medicina de Sorocaba, além de docente-livre de Clínica e de Técnica da Faculdade de Medicina de São Paulo. Também sofreu a influência da Escola de Mon-





# Thiaminose

VITAMINA B<sub>1</sub>  
VITAMINA C  
SÔRO GLICOSADO

ESTADOS TOXI-INFECCIOSOS  
ULCERAS GASTRO DUODENAIAS  
AFECÇÕES HEPÁTICAS  
HIPERTENSÃO ENDOCRANEANA

APRESENTAÇÃO:

*Normal e Forte - Ampolas de 10 e 20 cm.<sup>3</sup>*

**LABORATÓRIO CLÍMAX S.A.**

tenegro um cirurgião que foi mesmo seu assistente oficial e, depois, enveredou por outros ramos da medicina, tornando-se professor catedrático da Escola Paulista de Medicina — o professor Luiz Pereira Barreto Neto. Faz parte do volume Faculdade de Medicina, outro cirurgião que mais tarde optou pela urologia, e docente da especialidade pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, e é hoje professor catedrático de Urologia da Faculdade de Medicina de Sorocaba — prof. Darcy Villela Itiberê. Da Escola de Benedito Montenegro, em seu serviço universitário, obtiveram o título de docente-livre de Clínica Cirúrgica, na Faculdade de Medicina de São Paulo, após concurso de Títulos e provas, os Drs. N. Moraes Barros Filho, Mario Ramos de Oliveira, Plínio Bove, Daher Cutait, Paulo Correia e Octávio de Moraes Dantas; no mesmo período, de Técnica Cirúrgica obteve o título de docente de Técnica o dr. Orlando de Souza Nazareth. Outro cirurgião da Escola de Montenegro, que optou posteriormente pela urologia e é docente da especialidade em São Paulo e no Rio, e o dr. José Martins Costa.

Essas meus senhores, são as folhas vivas produtos do livro cujo autor hoje homenageamos. Todas em produção inacabada e criando discípulos que, em última análise, são os discípulos dos discípulos do eminente mestre criador de Escola no melhor e mais amplo sentido.

A produção científica, teses, monografias, atividades didáticas oficial e em cursos livres, participação em Congressos de Cirurgia, nacionais e estrangeiros, de toda a Escola de Montenegro, honram a Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, e nisso tudo o setor da cirurgia que mais se destacou foi sem dúvida a cirurgia das moléstias do aparelho digestivo.

Ainda no Serviço Cirúrgico Universitário de Montenegro passaram outros por períodos mais curtos, alguns já com formação cirúrgica estabelecida, mas que a mão amiga sempre acolheu como fez com o dr. Alípio Correia Neto, os Drs. Octávio Martins Toledo, Eduardo Etzel e outros que depois acompanharam o prof. Alípio Correia

Neto quando este ascendeu à sua Cátedra de Clínica Cirúrgica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Outros estiveram no Serviço de Montenegro como estudantes internos de cirurgia e médicos recém-formados: aí tiveram o batismo da cirurgia, e depois, pela orientação do destino ou de novas oportunidades, de lá saíram e foram completar a sua formação à sombra de outros mestres. Os cirurgiões que poderiam ser enquadrados neste grupo são numerosos, e posso citar alguns. pois quando comecei há 3 lustros na velha 4.<sup>a</sup> Cirurgia onde os encontrei ou há pouco tinham saído — o professor Mário Degni, os Drs. Américo Nasser, Alvaro Dino de Almeida, Sílvio Alves de Barros, todos hoje docentes de Cirurgia.

Ao sair da Santa Casa o seu Serviço, ficou na chefia do mesmo o dr. João Montenegro, também da sua Escola, o qual manteve na 4.<sup>a</sup> Cirurgia de Homens alguns de seus assistentes frutificando assim a semente que o prof. Montenegro ali plantou.

Nos 3 últimos anos de sua regência na cátedra de Clínica Cirúrgica na Faculdade de Medicina, os professores B. Montenegro e Alípio Corrêa Netto resolveram fazer um acordo entre as respectivas cátedras e esboçar o Departamento de Cirurgia da Faculdade de Medicina. O acervo científico, didático e de pessoal foi fundido num todo e o conjunto dividido em setores com encaminhamento preferencial que convencionou-se chamar disciplinas.

No último ano, motivos de natureza pessoal afastaram da cátedra, por licença, o prof. Montenegro, e nesse período, tendo ficado na sua regência, pude analisar e sentir o que se dá com as grandes árvores das florestas que, abatidas e estendidas no solo, são muito maiores do que pareciam ser. Assim, também, com os homens de extraordinário valor: só quando depois de longo convívio se afastam dão a idéia exata do que eram, na falta que fazem, no vazio que deixam.

Em suma, a obra está inacabada, eis que na imagem de Lemos Torres foi feita em volume de páginas vivas. O volume "Santa Catarina" conti-

# AMPLICTIL

Largactil - 4560 RP - Clorpromazina

Apresentada em França sob o nome original de LARGACTIL, a clorpromazina é fabricada em outros países, com licença de Rhône-Poulenc-Spécia, sob as seguintes marcas registradas:

AMPLIACTIL, na Argentina

AMPLICTIL, no Brasil

HIBERNAL, na Suécia

MEGAPHEN, na Alemanha

THORAZINE, nos Estados Unidos da América

WINTERMIN, no Japão



## NEUROPSIQUIATRIA

Hiperexcitabilidade

Excitação maníaca

Psicoses agudas excitomotoras

Psicoses crônicas alucinatórias ou interpretativas

Estados confusionais

Esquizofrenia



## COMPRIMIDOS

Frascos de 10, de 30 e de 250, dosados a 25 mg

Frasco de 125, dosados a 100 mg, para uso psiquiátrico

## AMPOLAS

Caixas de 5 e de 25 de 5 cm<sup>3</sup>, dosadas a 25 mg, para injeções intramusculares

Caixas de 5 e de 25 de 2 cm<sup>3</sup>, dosadas a 50 mg, para injeções intravenosas

## GOTAS

Frasco de 10 cm<sup>3</sup>, de solução a 4 %



*A marca de confiança*

# RHODIA

Caixa Postal 8095 — São Paulo, SP

nuará com a influência pessoal do mestre, e o volume "Faculdade de Medicina" continuará, se Deus assim permitir, pela ação de seus discípulos.

Para terminar, vou fazê-lo, professor Montenegro, com suas própria palavras ao saudar em julho de 1940, o prof. Eurico Bastos que acabava de ascender a cátedra universitária, em Recife:

"O exercício da cirurgia é uma grande escola de fortaleza moral, de dignidade, de honra e de rapidez de decisão.

Compreende-se então porque todos nós trabalhamos por uma cátedra, numa Faculdade de Medicina; ela representa a suprema aspiração de nossa vida profissional porque é campo adequado para a formação dos discípulos que nos hão de perpetuar se o merecermos, pela continuação de

nossos métodos ou de nossas idéias ou pelo menos de nossos sentimentos".

Senhor professor Benedito Augusto de Freitas Montenegro, em nome de seus discípulos diretos e de longo prazo, de seus discípulos diretos de prazo curto, dos seus discípulos indiretos por terem sido e por serem discípulos de seus discípulos, posso afirmar com toda a ênfase que a sua suprema aspiração de vida profissional — ser Professor — foi coroada do mais esplêndido sucesso. Sob sua influência se formaram e se formarão outras gerações de professores. Por eles todos e por mim dentro do todo, digo que ainda que lhe pagassemos com ouro puro por tudo quanto fez, ficaríamos sempre a dever o salário do coração".

No próximo número publicaremos, a íntegra do discurso do Prof. Benedito Montenegro proferido na solenidade.

## CONGRESSOS MÉDICOS

### IX Congresso Nacional de Tuberculose e IV Congresso Brasileiro de Doenças Torácicas

**Sua realização em Niterói.** — Realizar-se-á, sob o patrocínio da Federação Brasileira das Sociedades de Tuberculose, em Niterói, Estado do Rio de Janeiro, de 27 de novembro a 1.º de dezembro do corrente ano, o IX Congresso Nacional de Tuberculose, com os seguintes temas oficiais:

- 1.º) Alterações bacteriológicas provocadas pela quimioterapia da tuberculose e suas repercussões clínicas: — Relatores: Prof. A. Abiapina, M. Fontes Magarão e Nilton Costa (D. Federal).
- 2.º) Avaliação dos resultados do tratamento cirúrgico da tuberculose pulmonar — Relator — Dr. Rodolfo Luiz Figueira de Mello (Estado do Rio).

- 3.º) a) Comunicação de temas livres; b) Simpósio — O problema do ensino da tuberculose e a formação de técnicos, sendo simposiarca o prof. José Silveira (Bahia).

Conjuntamente será realizado o IV Congresso Brasileiro de Doenças Torácicas, cujo tema oficial versará sobre — Problemas Clínicos e Cirúrgicos dos Tumores do Mediastino, sendo relator o Dr. Jesse Teixeira (D. Federal) efetuando-se ainda uma sessão para comunicação de temas livres.

A comissão organizadora está providenciando a realização dum programa social que possibilite também um passeio à linda cidade de Petrópolis.

# INSTITUTO RADIOLÓGICO "CABELLO CAMPOS"

## Radiodiagnóstico e Radioterapia

*Diretor:* Dr. J. M. CABELLO CAMPOS

(Do Colégio Brasileiro de Radiologia)



RUA MARCONI, 94 - 2.º andar - Telefone 34-0635

SÃO PAULO

## EXCERPTA MÉDICA

Revista internacional de resumos dos últimos trabalhos  
publicados na literatura médica mundial.



Publica mensalmente um volume de cada uma das seguintes especialidades:

- |   |                                     |
|---|-------------------------------------|
| I - Anatomia, Embriologia e Histologia.     | VIII - Neurologia e Psiquiatria.    |
| II - Fisiologia, Bioquímica e Farmacologia. | IX - Cirurgia.                      |
| III - Endocrinologia.                       | X - Obstetrícia e Ginecologia.      |
| IV - Microbiologia e Higiene.               | XI - Oto-rino-laringologia.         |
| V - Patologia Geral e Anatomia Patológica.  | XII - Oftalmologia.                 |
| VI - Medicina Geral.                        | XIII - Dermatologia e Venereologia. |
| VII - Pediatria.                            | XIV - Radiologia.                   |
|   | XV - Tuberculose.                   |



Pedidos de assinaturas para:

III, KALVERSTAAT - AMSTERDAM C. - HOLANDA

# DISTONEX



para o



## Equilíbrio vago-simpático



**LABORATÓRIO SINTÉTICO LTDA.**

Rua Tamandaré, 777 - Telefone, 36-4572 - São Paulo

*São Paulo Editora S/A. impressão.*